

LE SARCOME MÉLANIQUE DU NEZ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Avril 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS EMONIN

Né le 27 Mai 1896, à Meuilley (Côte-d'Or)



LYON

IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922



LE SARCOME MÉLANIQUE
DU NEZ

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
	BARD.
	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique.....	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....	WEILL.
Clinique des maladies des femmes.....	POLLOSSON (A.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	NOVE-JOSSERAND.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique.....	HUGOUNENQ.
Chimie organique et toxicologie.....	MOREL.
Matière médicale et botanique.....	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUART.
Anatomie	LATARJET.
Anatomie générale et histologie.....	POLICARD.
Physiologie	DOYON.
Pathologie interne.....	COLLET.
Pathologie et thérapeutique générales.....	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique.....	PAVIOT.
Médecine opératoire.....	VILLARD.
Médecine expérimentale et comparée.....	ARLOING (F.).
Médecine légale.....	Etienne MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LANNOIS, *Président* ; M. THÉVENOT Lucien, *Assesseur* ;
MM. BONNET et FAVRE, *Agrégés*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les
assertions qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

LE SARCOME MÉLANIQUE DU NEZ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Avril 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS EMONIN

Né le 27 Mai 1896, à Meuilley (Côte-d'Or)



LYON
IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Nous dédions ce travail, faible
témoignage de notre reconnaissance
et de notre profonde affection.

A MES PARENTS ET AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
MORTS POUR LA FRANCE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS
*Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Lyon
Officier de la Légion d'honneur*

MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACOD

Qui nous a toujours donné de précieux conseils. Nous lui en exprimons notre sincère gratitude.

A MES JUGES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

Externat :

P^r COLLET, P^r LANNOIS, D^r DURAND, D^r GOYET

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAULT

*Professeur à l'Ecole de Médecine de Dijon
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital général
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qui fut pour nous un maître dévoué.
Il a guidé nos efforts et nous a prodigué ses conseils. Nous lui en exprimons notre très profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE DIJON :

M. PARIZOT, M. GAULT, M. PETITJEAN
M. J. DEROME, M. GUERIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NAGEOTTE
Professeur d'Histologie comparée au Collège de France

Nous le remercions de la précieuse
amitié dont il nous a honoré.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY
Médecin des Hôpitaux de Paris

En témoignage de notre profonde
reconnaissance pour la sympathie et
les soins dévoués qu'il nous a prodigés dans la maladie.

INTRODUCTION

Dans une communication à la Société italienne d'Otologie et de Laryngologie de Milan, en 1906, Citelli (de Catane) disait : « Les mélanosarcomes primitifs qu'on observe avec une fréquence relative dans les tissus ou les organes contenant normalement du pigment (en particulier l'œil et la peau) sont, au contraire, assez rares dans les régions où, d'habitude, il n'y a pas de pigment. »

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître la justesse de cette observation et, comme nous le verrons dans cette étude, l'extrême rareté du sarcome mélanique des fosses nasales viendra encore vérifier cette assertion.

Nous avons eu l'occasion d'observer à la Clinique otorhino-laryngologique de Lyon, deux tumeurs rares du nez (un malade et une pièce anatomique) qui seront prochainement l'objet d'un travail de MM. Lannois et Jacod. C'est à leur sujet que notre Maître nous conseilla de consacrer notre thèse à l'étude du sarcome mélanique du nez.

Ce travail contient les résumés de la plupart des observations publiées, suivis de leur étude critique.

C'est pour nous un devoir de reconnaissance d'exprimer à M. le professeur Lannois nos remerciements et notre respectueuse gratitude pour les conseils qu'il nous a pro-

digués dans l'élaboration de ce travail et pour la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner.

Nous remercions aussi M. le docteur Jacod qui nous a fait profiter de sa grande expérience et nous a puissamment aidé dans l'élaboration de la partie chirurgicale de ce travail.

Qu'il nous soit enfin permis de remercier M. Garel, M. P. Bonnet, M. Sargnon et M. le professeur Pognat (de Genève) de leur accueil affectueux et de l'obligeance qu'ils ont mise à nous procurer des documents.

HISTORIQUE

Les premiers cas de sarcome mélanique du nez furent signalés par Virchow, en 1847, par Perls, en 1867 et par Viennois (de Lyon), en 1872.

Mais cependant leur étude ne fut bien connue que du moment où leur nature a pu être contrôlée par l'examen microscopique.

Le premier travail scientifique semble être la thèse de Léopold Jacob, datant de 1900, sur le « Melanosarkom der Nase » ; l'auteur étudie les observations publiées jusqu'à cette époque et après avoir éliminé celles dont le diagnostic n'a pas été vérifié microscopiquement, il n'en retient que trois qui sont celles de Lincoln (1885), de Heymann (1888) et de Michael (1890).

En 1902, P. Bourgeois, dans sa thèse sur « Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales », publie deux observations nouvelles et insiste, comme Cozzolino l'avait fait en 1893 à propos d'une observation relative à un cas de sarcome à cellules polymorphes de la cloison nasale simulant un mélano-sarcome, sur la nécessité de différencier le mélano-sarcome des polypes colorés en noir, le plus souvent par du pigment sanguin.

Dans une monographie importante, parue en 1904, Coz-

zolino rapporte brièvement l'indication des observations de mélando-sarcome des fosses nasales et, à propos d'un nouveau cas, étudie d'une façon extrêmement détaillée la constitution histologique de ces tumeurs. Il décrit minutieusement la répartition du pigment et émet une nouvelle hypothèse sur la pathogénie du mélando-sarcome primitif du nez.

En 1906, à la Société italienne d'Otologie et Laryngologie, Citelli fait une communication remarquée sur le mélando-sarcome du nez ; il montre son extrême rareté et accompagne une observation personnelle d'une étude sur la structure histologique du mélando-sarcome et sur les réactions chimiques de la mélanine.

Paul Bonnet, en 1911, dans sa thèse sur « La mélanose et les tumeurs mélaniques », consacre une partie de son important travail à l'étude du mélando-sarcome du nez. Après avoir énuméré les noms des auteurs des observations publiées, il distingue parmi ces tumeurs celles qui se développent primitivement dans les fosses nasales et celles qui sont secondaires à une tumeur du voisinage. Cette classification a l'avantage d'éliminer du groupe du mélando-sarcome du nez proprement dit, nombre d'observations dans lesquelles la tumeur nasale résulte d'un envahissement secondaire.

Depuis cette époque, les observations se sont faites plus nombreuses ; nous nous efforcerons dans ce travail de grouper la plupart de celles qui ont été publiées. Nous étudierons successivement les cas où le diagnostic clinique a été vérifié par l'examen microscopique et ceux qui reposent uniquement sur le diagnostic clinique, sans examen histologique.

Nous rapporterons aussi, dans ce travail, des observations de sarcomes mélaniques du nez résultant soit d'un envahissement des cavités nasales par une tumeur du voisinage, soit d'une métastase, car tous ces faits sont extrêmement rares.

Enfin, nous placerons, au chapitre relatif au diagnostic, une observation particulièrement intéressante de sarcome hémorragique des fosses nasales qui nous a été communiquée par le professeur Lannois et qui, cliniquement, simulait un mélano-sarcome.

Tout récemment, le professeur Bilancioni, à propos de la publication d'un cas inédit, vient de faire un historique détaillé des sarcomes mélaniques des fosses nasales et une étude histologique très complète, avec figures nombreuses de ces tumeurs.

Les traités classiques en parlent très succinctement, de même que les manuels spéciaux d'oto-rhino-laryngologie.

Nous ne traiterons pas spécialement la partie anatomo-pathologique du sujet qu'on trouvera longuement décrite dans la thèse de P. Bonnet et dans les travaux de Cozzolino et de Bilancioni.

Dans notre dernier chapitre, relatif au traitement, nous exposerons brièvement les divers procédés d'intervention et, à ce propos, nous décrirons une modification apportée à la technique opératoire de l'ablation de la tumeur intranasale par le docteur Jacod.

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION

Comme nous l'avons fait remarquer tout au début de ce travail, les mélando-sarcomes de la peau sont relativement fréquents, aussi nous éliminerons les tumeurs mélaniques de la peau du nez et de l'orifice narinaire.

Nous modifierons légèrement la classification de Bonnet qui distingue parmi les tumeurs mélaniques du nez, celles « qui se développent primitivement dans la fosse nasale et celles qui peuvent être secondaires à une tumeur de l'œil ayant envahi la cavité nasale par les voies lacrymales ».

A cette division, nous ajouterons un troisième groupe de tumeurs comprenant celles qui se forment par métastase dans les fosses nasales, après évolution nette d'une tumeur mélanique dans un autre point de l'organisme.

Dans le deuxième groupe, outre les tumeurs venant de l'orbite, nous comprendrons aussi celles qui naissent dans les régions voisines (voûte palatine et voile, rhino-

pharynx) et envahissent les fosses nasales secondairement.

Cette classification n'est pas artificielle, elle correspond à l'anatomie et à l'évolution clinique de ces tumeurs et elle comprend toutes les observations qui sont rapportées dans les pages suivantes. De plus, elle a le mérite de montrer que dans la plupart des statistiques et des mémoires, des cas d'origine et de fréquence tout à fait différentes ont été décrits comme semblables. C'est ainsi que le cas de Phillips, par exemple, à début cutané, ne peut être décrit à côté des cas typiques de mélano-sarcomes primitifs du nez où les symptômes nasaux sont seuls en cause. De même, les néoplasmes d'origine orbitaire sont sûrement très différents au point de vue symptomatique des mélano-sarcomes nasaux primitifs dans lesquels l'œil reste indemne ou n'est touché que très tardivement.

Nous proposons donc pour l'étude du sarcome mélanique du nez la classification suivante :

1° *Sarcomes mélaniques primitifs du nez*, comprenant tous les cas où la tumeur a débuté primitivement sur la muqueuse nasale ou dans la masse ethmoïdale.

2° *Sarcomes mélaniques secondaires du nez*, provenant de l'envahissement des fosses nasales par une tumeur ayant pris naissance dans les régions voisines : cavité orbitaire, voûte et voile du palais, rhino-pharynx.

3° *Sarcomes mélaniques du nez, d'origine métastatique*, comprenant les cas de mélano-sarcomes du nez consécutifs à une tumeur mélanique développée dans un point éloigné de l'organisme.

§ I. — SARCOMES MÉLANIQUES PRIMITIFS DU NEZ

Les sarcomes mélaniques primitifs du nez sont extrêmement rares, aussi nous avons jugé intéressant de réunir toutes les observations publiées et d'en rapporter les résumés à la suite du nouveau cas que nous avons eu l'occasion d'observer et que nous décrirons longuement.

D'autre part, il est certain qu'il faut diviser ces observations en deux catégories : celles qui ont été suivies d'un examen microscopique qui a confirmé le diagnostic clinique et celles où le diagnostic a été uniquement clinique ; car, comme nous le verrons au chapitre du diagnostic, on peut se tromper sur la nature de la tumeur si on ne fait pas l'examen microscopique.

Nous étudierons donc successivement :

1° *Sarcomes mélaniques primitifs du nez, avec examen histologique ;*

2° *Sarcomes mélaniques primitifs du nez, sans examen histologique.*

1° SARCOMES MÉLANIQUES PRIMITIFS DU NEZ AVEC EXAMEN HISTOLOGIQUE

Après un examen attentif de toutes les observations publiées, à notre connaissance, nous ne retiendrons que quinze cas indiscutables de sarcomes mélaniques primitifs du nez, suivis d'examen microscopique. Ce sont les cas de Lincoln, Heymann, Michael, Kümmel, Güder, Kafemann-Olschewski-Cohn, Cozzolino, Martuscelli, Citelli, Poli, Monsarrat et P. Bourgeois, Wilkinson, Bilancioni, Wolfheim, Lannois et Jacod.

OBSERVATION I

(Inédite. — Clinique oto-rhino-laryngologique de M. le P^r LANNOIS.)

Tumeur mélanique de la cloison, à gauche, avec taches mélaniques sur la muqueuse de la paroi externe et du sinus sphénoïdal du même côté. Gros ganglion sous-maxillaire gauche. Intervention par voie naso-latérale et extirpation de la tumeur et de la partie adjacente de la cloison cratilagineuse avec toute la muqueuse de la fosse nasale.

M. L... Louis, ajusteur, 43 ans, demeurant à Lyon, entre à la clinique le 15 novembre 1921 pour une affection nasale qui date de trois ans.

Père mort des suites d'une blessure contractée en 1870; mère morte d'un cancer de l'estomac.

Rien à signaler d'intéressant dans les antécédents personnels; toutefois le malade avoue l'éthylisme (6 litres de vin par jour).

L'affection actuelle a débuté d'une façon très insidieuse par des signes d'obstruction nasale incomplète; le malade n'y prêta guère attention, ce symptôme étant tout à fait isolé et de peu d'importance.

Ce début date de trois ans; donc pendant deux ans l'affection est latente puisque ce n'est qu'au mois de février 1921 que le malade remarqua une petite glande dans la région sous-maxillaire, un peu douloureuse, roulant sous le doigt. Il s'en inquiéta et alla consulter un médecin qui en fit une adénite banale, sans intérêt. Le malade lui parla aussi de son obstruction nasale pour laquelle, sans autre examen, il lui conseilla des lavages à l'eau oxygénée.

Cette nouvelle période d'obstruction complète et d'adénite dura environ jusqu'au mois d'août. Ensuite, apparurent, en même temps que la glande se développait, de petits saignements de nez, continus et répétés, capricieux, apparaissant sans raison. A noter également la présence d'épistaxis postérieures, expulsées le matin, sous forme de pseudo-hémoptyxies.

A cette époque aussi, le nez commence à se déformer et à faire

une saillie du côté gauche. Le malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constate du côté du nez une tuméfaction siégeant du côté gauche, allongée, formant un relief saillant du côté de la joue sur laquelle elle empiète un peu.

Elle se continue sans transition sur l'aile du nez; c'est une tuméfaction mollassse, un peu dépressible et douloureuse.

A la simple inspection, en écartant légèrement la narine, on voit une masse bourgeonnante de teinte grisâtre, faisant tampon et obstruant presque totalement la fosse nasale correspondante; elle s'insère sur la cloison et est nettement délimitée par un sillon circulaire.

Du côté opposé, rétrécissement excentrique par refoulement du septum avec quelques petites ulcérations purulentes sur la cloison.

Parallèlement à ces symptômes, l'obstruction nasale s'est complétée, les épistaxis sont devenues permanentes, les sécrétions d'odeur fétide, l'odorat est totalement aboli.

En même temps, le malade se plaint depuis quelques jours d'une diminution notable de la vision du côté gauche. Pas d'exophtalmie, pas de paralysie oculaire, l'examen du fond d'œil pratiqué par M. Pitre n'a rien montré d'anormal.

Aucun symptôme douloureux au niveau de la face et du cou. On note simplement une hyperesthésie légère à l'émergence du nerf sous-orbitaire.

Le ganglion sous-maxillaire apparu en février dernier s'est considérablement développé. Il forme une masse de la grosseur d'un œuf, d'une dureté ligneuse, s'insinuant jusque dans la région carotidienne, provoquant un peu de gêne laryngée.

L'éclaircissement des sinus maxillaires et frontaux est absolument normal. La rhinoscopie postérieure ne permet pas d'apercevoir la tumeur.

Intervention: (MM. Jacod et Lannois) le 21 novembre 1921.

Anesthésie générale mixte à l'éther : 1) lavement éthéro-huileux (éther : 40 cc.; huile d'olive : 120 cc.) une demi-heure avant l'opération. — 2) L'anesthésie est commencée par inhalation de 30 cc. d'éther environ. Aussitôt le sommeil obtenu, le masque bucco-nasal est enlevé; l'anesthésie persiste complètement jusqu'à

la fin de l'opération, uniquement sous l'influence du lavement éthéré.

I) Par incision parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur, évidemment de la loge sous-maxillaire gauche, qui contient un ganglion d'aspect mélanique et la glande en partie envahie par des trainées mélaniques; on ne laisse que le prolongement, d'apparence sain, de la glande contre le canal de Wharton.

II) Incision paralatéronasale gauche depuis l'extrémité interne du sourcil gauche. Ablation de l'os propre gauche, de la cloison intersinusnasale et section des insertions des cornets inférieurs et moyens, en dehors de la paroi latérale de la muqueuse nasale. Cette dernière est envahie d'une façon diffuse par la tumeur; elle présente une teinte mélanique caractéristique, sans être adhérente à la cloison intersinusnasale.

L'ablation de cette dernière avait permis de constater que la muqueuse du sinus maxillaire gauche était indemne dans sa totalité. Les insertions des cornets inférieurs et moyens étant ainsi sectionnés, la muqueuse nasale peut être facilement décollée sur le plancher et à travers l'ethmoïde gauche (qui est sain) jusqu'au plafond des fosses nasales. En partant du plancher, on peut encore décoller la muqueuse à la partie inférieure de la cloison comme pour une sous-muqueuse; on est arrêté par un envahissement de la cloison. Section en losange de la cloison envahie à ce niveau; le décollement peut être repris et achevé en arrière et en haut de façon à libérer la totalité de la muqueuse nasale jusqu'aux choanes, sous forme d'un fourreau muqueux sans avoir eu à inciser cette muqueuse.

En tirant très en avant, on peut alors avec des ciseaux courbés sectionner circulairement la muqueuse, près de l'orifice choanal et l'inciser également en avant à l'union de la peau du vestibule narinaire et de la pituitaire. La tumeur est ainsi enlevée en bloc avec la pituitaire, sans avoir eu à ouvrir cette dernière, par une sorte d'évidement intranasal.

En examinant la fosse nasale gauche, on voit que la cloison cartilagineuse seule a été enlevée; la tumeur n'a pas envahi la cloison osseuse. On voit facilement toute la paroi postérieure du naso-pharynx, la paroi antérieure du sinus sphénoïdal gau-

che; on remarque alors sur cette dernière une tache gris ardoisé de la grosseur d'une lentille. Trépanation circulaire de cette paroi pour enlever la tache mélanique; le sinus sphénoïdal est ainsi largement ouvert: il n'existe aucune tache sur la paroi postérieure ou supérieure dont la muqueuse est saine.

L'examen de la pièce enlevée montre qu'il s'agit d'une tumeur sessile, du volume d'une noix, d'aspect mélanique, ulcérée à sa partie inférieure et externe à laquelle adhère un gros caillot sanguin. Tache noire étendue sur la muqueuse de la paroi externe, ayant le même aspect que celle du sinus sphénoïdal.

Le 22 novembre 1921: Premier pansement. Il n'y a pas eu d'hémorragie nasale. — Hématome sous-maxillaire. — Les tampons sont enlevés et l'on fait un pansement compressif à ce niveau.

Tous les deux jours en moyenne, la fosse nasale gauche obstruée par des croûtes épaisses est nettoyée avec une pince. Suppuration très abondante. — Irrigation à l'eau bouillie; vaseline à la résorcine.

Le 28 novembre 1921: Le malade sort aujourd'hui; la muqueuse nasale tapisse toute la cavité gauche et secrète beaucoup moins. L'orifice choanal droit est très rétréci. Extérieurement, l'aile du nez commence à s'effondrer, on place un tuteur en ébonite.

Examen histologique (Dr Bouchut):

I. — Fragment de biopsie (examen pratiqué le 20 novembre 1921).. — Néoplasme des fosses nasales :

Sur les points où l'épithélium est conservé, il apparaît normal. Le tissu conjonctif sous-jacent est infiltré de cellules allongées, à noyau vésiculeux, qui ne sont point des cellules épithéliales.

Il paraît s'agir d'une tumeur développée aux dépens du tissu fibreux sous-muqueux. L'abondance et les caractères des cellules permettent de suspecter la malignité de cette tumeur.

II. — Fragment prélevé dans la tumeur après ablation (examen pratiqué le 26 novembre). — Tumeur mélanique des fosses nasales :

Sur les fragments de muqueuse sphénoïdale et sur les ganglions l'aspect est le même, c'est celui d'une tumeur formée de cellules allongées, fusiformes et gonflées de pigments mélaniques très nombreux et volumineux.

C'est l'aspect classique de la tumeur dite sarcome mélanique, telle qu'on la voit dans les tumeurs de la choroïde ou dans les métastases des nævi en voie de dégénérescence.

Le 14 février 1922, le malade rentre à l'hôpital pour des douleurs lombaires apparues depuis quelques jours.

A l'examen, on observe la disparition du réflexe abdominal du côté gauche, ainsi qu'une diminution très nette, de ce même côté, de la force musculaire du membre inférieur, avec prédominance pour les fléchisseurs. On note aussi une hyperexcitabilité notable: ébauche de clonus de la rotule et au moment de sa recherche apparition d'un réflexe contro-latéral d'assez grande amplitude. — Pas de Babinski, ni de trépidation épileptoïde.

La radiographie de la région lombaire ne montre rien de bien évident. On note toutefois, au niveau de la première vertèbre lombaire, une légère échancrure du corps vertébral sur son bord inférieur, en forme de croissant, et un aplatissement du corps vertébral.

Quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on note l'apparition d'un noyau induré dans la région mamelonnaire gauche et qui fait corps avec la glande mammaire.

28 mars 1922: Depuis une quinzaine de jours, un second noyau induré est apparu dans le sein droit, il est de la grosseur d'une noisette, tandis que celui du sein gauche atteint le volume d'une noix. Il s'agit de métastases dans la glande mammaire et le sarcome-mélanique est en voie de généralisation.

On pratique alors les réactions de l'urine qui donnent les résultats suivants: L'addition d'acide azotique à l'urine donne une belle coloration noire dans la partie sus-jacente à la limite de séparation des deux liquides; l'intensité de la coloration est variable journellement. Le perchlorure de fer donne aussi une coloration noire, mais plus foncée. L'addition de nitroprussiate de soude et de soude donne une coloration rouge qui vire au bleu par addition d'acide chlorhydrique.

L'urine abandonnée à l'air noircit lentement, mais cette coloration augmente d'intensité quand on ajoute de l'acide nitrique.

Malgré les métastases, le malade présente un bon état général apparent; les douleurs lombaires ont diminué. Localement, on ne note aucune récive.

Cette observation montre la grande malignité du sarcome mélanique qui, encore limité à la fosse nasale gauche, avait déjà donné un envahissement ganglionnaire sous-maxillaire et une métastase sur la muqueuse du sinus plus souvent commise.

L'absence de récurrence locale cinq mois après l'intervention donne le droit de supposer que l'opération nasale a été complète, mais la généralisation existant avant l'opération n'a pas permis d'obtenir les résultats que l'on pouvait espérer.

OBSERVATION II

(LINCOLN)

Mélano-sarcome des fosses nasales guéri par le galvanocautère

Obstruction de la narine droite remontant au mois d'août 1882. Écoulement sanguin de la même narine depuis cette époque. Expectoration d'une matière analogue venant évidemment du rhino-pharynx.

État général bon, peu de douleurs. Ablation de la tumeur, en avril 1883, par le D^r Hayes Agnew. — Seconde ablation de la tumeur, en novembre; elle augmente jusqu'en novembre 1884, époque à laquelle on vient trouver l'auteur.

La tumeur naissait des cornets moyen et inférieur et du plancher des fosses nasales. Cloison indemne. Tumeur enlevée à l'aide de l'anse galvanique et siège d'implantation fortement cautérisé; perte de sang minime.

Injectons dans les fosses nasales pendant une semaine; puis, application de pommade à l'iodoforme.

La malade a été revue par l'auteur en 1885; il n'existait aucune trace de tumeur.

L'examen microscopique (D^r Ferguson) prouva que l'on avait affaire à un mélanosarcome.

Ce cas est le premier publié qui soit vérifié par l'exa-

men microscopique. Au point de vue anatomique et clinique, il représente parfaitement le type du sarcome mélanique primitif du nez. Il se caractérise par l'absence de récurrence, ce qui avait fait dire à quelques auteurs que le sarcome mélanique du nez semblait être le moins redoutable des sarcomes mélaniques, alors, qu'en réalité, comme le fait remarquer Katz et comme le prouvent les observations ultérieures, il montre la même malignité et la même évolution presque toujours fatale.

OBSERVATION III

(HEYMANN)

*Sarcome mélanique du nez. — Intervention radicale. —
Récurrence locale tardive. — Guérison*

Malade vu en 1888, âgé de 58 ans, vigoureux, souffrant depuis plusieurs années de polypes du nez siégeant du côté gauche et qui avaient toujours récidivé après plusieurs opérations.

Nez déformé. Narine gauche obstruée par une tumeur dure et inégale, de couleur gris noirâtre, avec surface exulcérée. Tumeur fixée à la cloison par large base.

Ablation avec l'anse galvanique. Tumeur avait grosseur d'une noix, recouverte par muqueuse noire sur coupe.

Examen microscopique fait conclure à sarcome alvéolaire mélanique, contenant cellules rondes et étoilées. Pigmentation irrégulière.

Pas de récurrence jusqu'en 1891. A ce moment, noyau gros comme une noisette près de la cicatrice antérieure; ablation au galvanocautère.

Examen microscopique donne même résultat que le premier.

Heymann fait remarquer que le malade présentait une dégénérescence polypoïdale du cornet moyen de l'autre fosse nasale. L'examen a montré qu'il s'agissait de polypes hémorragiques, colorés par du pigment sanguin.

Comme le fait remarquer Léopold Jacob dans sa thèse, ce cas est singulier par le fait de la coexistence d'une tumeur mélanique récidivante d'un côté et d'une production polypeuse pigmentée et bénigne de l'autre côté.

D'autre part, la récidive est tardive, trois ans après l'intervention, et le malade paraît guéri.

OBSERVATION IV

(MICHAEL)

Mélano-sarcome du nez, sans récidive après ablation

En 1888, l'auteur voit la malade, âgée de 50 ans, se plaignant d'une obstruction de la narine gauche datant d'un an.

Le nez est rempli par une tumeur sombre, plus noire que des polypes ordinaires. Masse d'un bleu foncé à partie postérieure du nez.

Ablation de la masse noire avec la pince et l'écraseur et cautérisation au galvanocautère de la surface d'implantation.

La malade est guérie et ne présente pas de récidive depuis un an et demi.

La tumeur enlevée avait la grosseur d'une noix et était en partie grise, en partie noire.

L'examen microscopique (Dr E. Fraenkel) prouva que c'était un mélano-sarcome. Il y avait de grandes cellules et peu de substance conjonctive. Le pigment était réparti à la fois dans les cellules étoilées et rondes et dans le stroma.

Ce cas, comme les deux précédents est intéressant par l'absence de récidive précoce. Et, comme le dit Katz, les trois malades de Lincoln, Heymann et Michael, ont été opérés par voie endonasale.

OBSERVATION V

(KÜMMEL)

Sarcome mélanique du nez, non diagnostiqué cliniquement

A la Clinique otologique de Strasbourg, Kümmel soigna un malade auquel il enleva des fragments de tumeur d'aspect polypeux du nez. La masse enlevée était remplie de pigment jaune d'or qui fut considéré comme consécutif à une hémorragie.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un mélanosarcome évident.

Le malade fut envoyé dans un service de chirurgie et mourut, peu de temps après une résection du maxillaire supérieur, de mélanosarcomatose généralisée avec des formations contenant de la mélanine typique.

En terminant, l'auteur fait remarquer combien la différence entre la pigmentation hémorragique et la pigmentation mélanique est souvent difficile à établir.

Par l'erreur primitive de diagnostic à laquelle elle a donné lieu, cette observation a un caractère particulièrement instructif. Elle montre l'utilité de l'examen microscopique, avant d'éliminer la possibilité du mélanosarcome, en présence d'une tumeur noirâtre, d'aspect hémorragique.

Comme nous le verrons au chapitre consacré au diagnostic, l'erreur inverse consistant à prendre pour un sarcome mélanique une tumeur hémorragique a été beaucoup plus souvent commise.

OBSERVATION VI

(GÜDER)

Mélano-sarcome du nez

En 1894, Güder, dans sa thèse intitulée : « Quelques tumeurs rares des fosses nasales », rapporte l'observation suivante :

Un homme de 47 ans est opéré d'une petite tumeur de la fosse nasale droite datant de deux ans ; depuis un mois apparaît une récurrence locale plus volumineuse de la tumeur primitive. La cloison est déviée et on assiste au développement lent d'une tumeur molle et indolente à l'angle du maxillaire et du même côté, qui n'est qu'une métastase ganglionnaire.

A la rhinoscopie postérieure, on voit que la fosse nasale est obstruée par une tumeur noirâtre qui fait saillie dans la cavité naso-pharyngée.

Les tumeurs nasale et ganglionnaire augmentent progressivement ; l'on intervient six mois après la première opération. Ablation du ganglion, mais on ne peut enlever complètement la tumeur nasale. Mort trois mois après par cachexie mélanique, sans formation de nouvelles tumeurs.

L'examen microscopique confirme le diagnostic de mélanosarcome. Le ganglion sous-maxillaire était aussi envahi par le pigment mélanique.

La généralisation ganglionnaire unique et tardive est remarquable et bien spéciale aux sarcomes. A ce propos, nous ferons remarquer que, de même que Güder et d'autres auteurs, nous employerons le terme de métastase ganglionnaire même pour les généralisations aux ganglions sous-maxillaires. Nous savons que cette appellation peut donner lieu à des critiques car il s'agit vraisemblablement de généralisation néoplasique par envahissement progressif du système lymphatique, de propagation par les voies lymphatiques.

Toutefois, tous les anatomistes s'accordent à faire aboutir les vaisseaux efférents lymphatiques des fosses nasales principalement aux ganglions rétro-pharyngiens et aux ganglions supérieurs de la chaîne carotidienne, et accessoirement aux ganglions sous-maxillaires ; or, d'après les observations que nous rapportons et quel que soit le siège du sarcome mélanique, les adénites néoplasiques sous-ma-

xillaires sont fréquents et, par contre, la généralisation aux ganglions carotidiens et rétro-pharyngiens n'a pas été signalée.

OBSERVATION VII

(KAFEMANN, COHN, OLGHEWSKY)

Mélano-sarcome de la fosse nasale gauche. Interventions et récidives

Une femme de 58 ans avait une obstruction nasale pour laquelle elle vint consulter Kafemann en juillet 1895; cette obstruction datait de quelques semaines et s'accompagnait de nombreuses épistaxis.

Dans le méat moyen gauche, on observe une tumeur noire saignant au moindre contact. A la rhinoscopie postérieure, on aperçoit la tumeur située environ à un centimètre des choanes. — Rien à droite. — A la transillumination, le sinus maxillaire est complètement libre. — On ne peut enlever la tumeur ni à l'anse froide, ni à l'anse chaude, mais la surface d'insertion est détruite énergiquement au galvanocautère.

La malade, revue sept semaines après l'intervention, présente une récidive locale. On fait un prélèvement de la tumeur et l'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un mélano-sarcome.

Récidive locale quelques semaines plus tard et la malade est envoyée dans un service de chirurgie. La tumeur est enlevée, après ouverture du nez sur la ligne médiane, à l'aide de l'anse et de la curette de Wolkmann et on termine par une cautérisation au thermocautère.

L'examen microscopique, pratiqué par le Pr Nauwerck, confirma à nouveau qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique.

La malade, revue un an plus tard, ne présentait pas de récidive. Mais six mois plus tard, elle se présenta à nouveau, très amaigrie et ne pouvant plus respirer par la narine gauche qui était le siège d'hémorragies répétées. Elle demandait une nouvelle opération qui ne fut pas faite à cause de son état cachectique. L'aspect de la tumeur ne ressemblait pas à celui du début, mais il n'a pas été fait de nouvel examen histologique.

Rapportée dans la thèse d'Olschewsky, cette observation est reprise par Cohn, dans sa thèse, quelques années plus tard. D'autre part, la malade ayant été consulter Kafemann, il ne faut pas s'étonner que ce cas soit désigné, dans la littérature médicale, par le nom de l'un quelconque des trois auteurs, ce qui laisse supposer qu'il s'agit de trois cas différents.

Au point de vue clinique, il montre la même évolution maligne que les tumeurs mélaniques, mais toutefois les opérations semblent avoir donné une survie très appréciable à la malade puisque la cachexie néoplasique n'est apparue que deux ans après le début de l'affection.

OBSERVATION VIII

(COZZOLINO)

Sarcome mélanique de la fosse nasale droite. — Récidive après opération intranasale. — Résection du maxillaire supérieur; récidive.

Homme de 58 ans, consulté en mars 1899 par Cozzolino. Présente depuis plusieurs mois une obstruction nasale droite, avec écoulement purulent noirâtre, empêchant le sommeil.

A l'examen, tumeur noire occupant les trois quarts de la fosse nasale antérieure et débordant la choane.

Ablation aux ciseaux par les voies naturelles, cautérisation les jours suivants au thermocautère.

L'examen de la tumeur (qui est longuement décrit et avec plusieurs planches en couleurs) montre un mélano-sarcome.

Récidive au bout d'un mois. Résection du maxillaire dans un service de chirurgie, mais généralisation à toute la face et mort assez rapide après l'intervention.

Ce cas, rapporté par Cozzolino, a été l'objet d'une étude approfondie sur le mélano-sarcome du nez qui constitue

le premier travail important relatif à ce chapitre de pathologie.

Comme dans le cas de KümmeI, on assiste à une récédive précoce après l'intervention et l'évolution rapide de la tumeur montre sa grande malignité.

OBSERVATION IX

(MARTUSCELLI)

Mélano-sarcome de la fosse nasale droite

Martuscelli a eu à examiner un homme de 50 ans dont la fosse nasale droite était obstruée par une tumeur qui venait jusqu'à l'orifice narinaire. Elle était très développée et menaçait d'envahir la cavité orbitaire correspondante (exophtalmie).

Ce néoplasme était de consistance dure et sa couleur brun noirâtre était uniforme à la surface des coupes; il ne se décolorait pas par l'alcool.

L'examen microscopique montra que la tumeur était constituée par de petites cellules rondes ou ovalaires distribuées d'une façon irrégulière dans un réticulum de fins filaments conjonctifs. Entre les cellules et dans les cellules elles-mêmes, on trouvait des dépôts de pigment brun sous forme de granulations; ces dépôts pigmentaires étaient plus visibles autour des vaisseaux.

De même que Bilancioni, dans son historique détaillé des sarcomes mélaniques des fosses nasales, paru en 1921, nous n'avons pas pu avoir l'histoire clinique complète du malade de Martuscelli.

OBSERVATION X

(CITELLI)

Sarcome mélanique de la fosse nasale droite; pas d'intervention

En mai 1904, Mme C..., 68 ans, est examinée par l'auteur. Depuis cinq ou six mois, douleurs au niveau de la face interne

de l'orbite droite, puis saillie exophtalmique de l'œil droit. Obstruction de la fosse nasale droite. Jamais d'hémorragie nasale spontanée.

Rien dans les antécédents.

A l'examen, la fosse nasale droite est occupée par une tumeur qui arrive jusqu'à la narine. Tumeur implantée au niveau du cornet moyen. Couleur noirâtre attribuée au début à hémorragies interstitielles. — Diaphanoscopie montre différence très marquée de transparence des deux sinus maxillaires.

On porte le diagnostic de sarcome car on n'observe ni infiltration ganglionnaire, ni symptômes de cachexie.

Prélèvement de deux fragments pour examen biopsique; à la coupe, coloration noirâtre qui fait penser à mélanosarcome primitif de la muqueuse nasale. Il n'y avait pas de lésions semblables sur la peau et dans d'autres organes.

En octobre 1904, l'état de la malade est lamentable, la moitié droite de la face fait une saillie considérable, l'exophtalmie est très marquée. Vision diminuée. — Tumeur atteint orifice narinair; tuméfaction de la voûte palatine et du rebord gingival. — Fistule dans la région de l'unguis droit.

Mort, en 1905, par méningite (près de deux ans après le début de la maladie).

Examen microscopique: Sarcome mélanique.

Examen microchimique: Réaction de Perls positive.

Fer décelé par analyse chimique.

Dans cette observation, si l'exophtalmie est relativement précoce, la diminution de la vision est tardive et l'envahissement de l'orbite est secondaire à l'apparition de la tumeur endonasale.

Il s'agit donc bien d'un sarcome mélanique primitif de la muqueuse nasale, qui a débuté sur le cornet moyen, mais a envahi la masse ethmoïdale et la cavité orbitaire.

Signalons aussi les examens chimiques pratiqués, sur lesquels l'auteur insiste beaucoup et qu'il étudie dans sa communication.

OBSERVATION XI

(POLI)

Tumeur mélanique de la cloison, à gauche. — Intervention et récidive locale avec métastase ganglionnaire. — Seconde intervention et guérison.

En mai 1905, l'auteur examine un homme de 57 ans, sans antécédents héréditaires, ni personnels, se plaignant d'obstruction de la fosse nasale gauche, datant de vingt jours, de céphalée et d'épistaxis fréquentes.

La fosse nasale gauche est complètement obstruée par une tumeur implantée sur la cloison cartilagineuse.

Ablation et guérison apparente complète.

Six mois plus tard, le patient montrait, en dehors du champ opératoire primitif, une nodosité brune et, dans la région sous-maxillaire gauche, un ganglion augmenté de volume.

Excision du nodule et extirpation du ganglion.

Depuis un an, il n'y a pas eu de métastase et le malade semble guéri.

L'examen histologique prouva que la tumeur nasale était un mélano-sarcome typique. Le ganglion lymphatique présentait une infiltration sarcomateuse, avec de nombreuses figures de karyokinèse.

L'intérêt de cette observation réside dans la guérison du malade après une seconde opération consécutive à une récidive locale et à une métastase ganglionnaire après intervention.

OBSERVATION XII

(P. BOURGEOIS, MONSARRAT)

*Sarcome mélanique de la fosse nasale gauche.
Intervention et récidive*

Homme de 43 ans. N'a eu aucun trouble nasal jusqu'en décembre 1898. A cette époque, phénomènes de sténose nasale, épistaxis répétées et profuses.

Va consulter le docteur Monsarrat en février 1899. Ecoulement purulent dont fétidité n'est pas perçue par le malade. Epistaxis fréquentes. Céphalée diurne tenace.

Nez déformé extérieurement. Racine du nez épaissie; côté gauche semble augmenté de volume. Peau saine et pression non douloureuse.

Rhinoscopie antérieure montre fosse nasale droite libre bien que déviation de la cloison en réduise cavité. Fosse nasale gauche presque complètement obturée par tumeur volumineuse, à contours irréguliers, de coloration bleutée, à surface parsemée de petits tubercules noirâtres. Point d'implantation de tumeur semble être au niveau de portion supérieure de cloison.

Le 10 mars 1899, ablation de la tumeur à la pince et à la curette tranchante. Elle ne tarda pas à récidiver, et on fut obligé d'intervenir de nouveau plusieurs mois de suite. Le malade fut perdu de vue depuis.

L'examen histologique montra qu'on avait affaire à un mélanosarcome.

Relaté dans la thèse de P. Bourgeois (*Thèse de Paris*, 1902), ce cas paraît avoir passé inaperçu puisqu'il a été omis par tous les auteurs qui, ultérieurement, ont traité la question du mélanosarcome du nez. Aussi nous tenons à réparer cet oubli, car il s'agit d'un cas tout à fait typique de sarcome mélanique des fosses nasales, vérifié microscopiquement.

OBSERVATION XIII

(WILKINSON)

*Mélanosarcome de la fosse nasale gauche. Résection
du maxillaire supérieur. Guérison*

M. H. J..., 52 ans, se présente, le 4 novembre 1910, se plaignant d'une obstruction nasale datant de dix-huit mois. L'aile gauche du nez est déformée depuis trois mois. Ecoulement de muco-pus. Pas d'hémorragie grave.

A l'examen, masse néoplasique de coloration rouge foncé rem-

plissant fosse nasale gauche et repoussant aile du nez infiltrée. Naso-pharynx libre. Diaphanoscopie montre sinus maxillaire gauche obscur. Pas de tuméfaction de l'orbite; fond d'œil normal.

Pas d'engorgement ganglionnaire, ni de pigmentation de la peau.

Examen histologique (professeur Beatty) : Sarcome mélanique

Intervention (16 novembre 1910) : Ablation complète du maxillaire supérieur gauche et des parties molles du côté gauche du nez. Taches de pigment noir dans toute la zone de contact avec la tumeur. Toute la muqueuse de la face gauche de la cloison est enlevée.

Ultérieurement, opération plastique pour refermer brèche de la face; la plaie n'a pas guéri entièrement et il reste une fente entre l'aile du nez et la joue. La brèche palatine est fermée par un obturateur.

Le malade est actuellement (1911) en excellente santé et il n'y a aucun signe de récurrence.

Ce cas fut communiqué à la Société royale de médecine de Londres, en 1911, et des préparations microscopiques de la tumeur étaient exposées au musée du Congrès international de médecine de Londres, en 1913 (Section XV, *Laryngology and Rhinology*).

La guérison, qui semble définitive, paraît due à l'intervention très large que l'auteur a faite immédiatement.

OBSERVATION XIV

(BILANCIONI)

Sarcome mélanique du nez, paraissant consécutif à un traumatisme de la région orbitaire. Intervention et récurrence

Femme de 53 ans, blessée accidentellement par un coup de fusil qui intéresse largement les régions zygomatique et orbitaire gauches.

Cinq mois après l'accident, la malade se présente à l'hôpital

pour des épistaxis fréquents et une obstruction nasale progressive à gauche.

A l'examen on constate une perte de substance intéressant l'arcade zygomatique gauche. Acuité visuelle gauche abolie. L'aile gauche du nez est soulevée et rejetée en dehors par une tumeur qui déborde le vestibule et qui présente une coloration noirâtre.

A la rhinoscopie postérieure, la choane gauche paraît obstruée par une masse noire.

L'examen radiographique révèle dans la fosse nasale gauche une masse néoplasique qui paraît avoir envahi le sinus maxillaire.

Intervention par rhinostomie latérale qui découvre la tumeur vraisemblablement implantée sur le cornet moyen. On pratique une exérèse totale suivie de curettage et on ferme la plaie opératoire.

Récidive au bout de cinq mois et l'on n'a plus de nouvelles de la malade.

L'examen histologique avait révélé des éléments sarcomateux (globo-cellulaires) et des cellules pigmentées distribuées par zones.

Dans ses conclusions, l'auteur émet l'hypothèse d'un essaimage de cellules pigmentées choroïdiennes dans la plaie nasale, ce qui expliquerait la localisation si rare de la tumeur mélanique sur la muqueuse nasale. D'après Bilancioni, ce serait un éclat ayant traversé le globe oculaire et s'étant logé dans le cornet moyen qui aurait été l'agent de propagation de la mélanose.

Pour extraordinaire que cela paraisse, dit Bilancioni, il ne faut pas oublier que des blessures de la choroïde peuvent donner une pigmentation de la rétine, pouvant être le point de départ de tumeurs qui se développent très rapidement, comme l'a indiqué Kröner.

Cette observation peut nous servir de transition avec celles du paragraphe suivant où la tumeur s'est propagée

au nez avec un point de départ dans les organes de voisinage.

OBSERVATION XV

(WOLFFHEIM)

Mélano-sarcomatose généralisée provenant d'un sarcome du septum

Femme de 56 ans, qui consulte à l'occasion d'une obstruction nasale ; on constate un polype du septum, que l'examen histologique reconnut être un sarcome. Quatre mois après, récurrence, qui nécessita une résection partielle de la cloison ; environ sept mois après cette deuxième intervention la malade revient avec, dans la région où la cloison manque, une tumeur de la grosseur d'une cerise et d'une coloration bleuâtre.

L'examen histologique révéla un tissu sarcomateux parsemé de dépôts pigmentaires brunâtres.

Environ neuf mois plus tard, douleurs violentes dans la région inférieure du dos. Diagnostic clinique : tumeur d'une vertèbre lombaire ; en outre, on constate une récurrence de la tumeur nasale, sur le plancher nasal.

Examen histologique. — Mélano-sarcome caractérisé par l'extrême abondance du pigment. Exitus.

A l'autopsie : presque tous les organes sont remplis de masses néoplasiques noirâtres, molles et semblant être imbibées d'encre ; on en trouve jusque dans la voûte crânienne, en partie traversée et détruite.

La vessie contient de l'urine colorée en noir : l'examen chimique démontre qu'il s'agissait de mélanine vraie.

En dehors de l'intensité de la généralisation, il faut noter ici que dans les deux premières interventions, on crut n'avoir affaire qu'à un sarcome ordinaire. C'est seulement à la troisième récurrence que la tumeur avait pris un aspect noirâtre caractéristique.

2° SARCOMES MÉLANIQUES PRIMITIFS DU NEZ
SANS EXAMEN HISTOLOGIQUE

La plupart des observations qui vont suivre font ordinairement partie des statistiques relatives au mélanosarcome des fosses nasales ; mais comme elles n'ont pas été vérifiées par un examen microscopique, nous croyons bon de les faire figurer dans un groupe à part.

Mais nous ne pouvons pas nous empêcher d'ajouter que dans la plupart de ces observations, sinon dans toutes, il s'agissait vraisemblablement de mélanosarcomes, car elles émanent d'auteurs qui se sont basés sur leur grande expérience clinique pour porter ce diagnostic.

Les cas que nous avons pu réunir sont au nombre de cinq : ce sont ceux de Viennois, Nieberg, Lücke, Drenkhahn et Casati.

Pour être complet, nous dirons que d'autres cas ont été signalés par Clark, Schalcross, Michelsohn.

D'autre part, quelques pièces relatives au sarcome mélanique du nez ont été exposées dans les musées des Congrès de médecine. Nous savons qu'il y en eut deux au Congrès international de 1899 et deux autres au Congrès international de Londres, en 1913 : une pièce microscopique de Wilkinson (Obs. XIII), et une pièce macroscopique du professeur Gerber, de Königsberg. Celles qui ont été exposées en 1899 étaient ainsi désignées : 1. *Melanotic sarcom of nose* (Hugh E. Jones, University College, Liverpool ; 2. *Melanotic sarcom of nose* (St Georges Hosp. Museum, Séries XVI, 540).

OBSERVATION I

(VIENNOIS)

Polype mélanique du nez (mélano-sarcome) ayant détruit la paroi interne de l'orbite et refoulant le globe de l'œil en avant ; abaissement du nez comme opération préliminaire ; ablation du polype ; pyohémie ; mort huit jours après.

Femme de 63 ans ; tempérament robuste, santé antérieure excellente, a toujours été bien réglée. Pas d'affection antérieure des fosses nasales. Le début ne remonte, au dire de la malade, qu'à trois mois et demi. A la suite d'un coup de soleil, céphalalgie frontale ; elle ressentit une gêne dans les fosses nasales. En même temps, le mucus qu'elle retirait en se mouchant avait une teinte noirâtre ; gêne pendant l'inspiration et l'expiration. La malade s'aperçut bientôt que la tumeur écartait l'os propre du nez du côté gauche et s'avancait le long de la paroi interne de l'aile du nez correspondante.

A trois reprises, son médecin essaye d'extraire la tumeur, mais on n'en détache que quelques lambeaux qui, en provoquant de petites hémorragies, soulageaient beaucoup la malade.

Actuellement, ce qui frappe le plus, c'est la saillie que fait l'œil gauche en avant ; il existe un ganglion au niveau de l'angle de la mâchoire, du côté correspondant. Les douleurs de tête sont excessives, la malade les compare à un coup de marteau ; elles siègent au niveau du rebord orbitaire. La malade demande avec insistance à être débarrassée. Pas de tumeur mélanique dans le globe de l'œil, ni dans la peau.

L'intervention a lieu le 13 juin 1872. On retire une tumeur mélanique ayant l'aspect d'une truffe noire, ce qui est un signe caractéristique de la lésion. La tumeur avait envahi les fosses nasales et la cloison et il y avait un prolongement intra-orbitaire.

La malade est morte, huit jours après l'intervention, de pyohémie.

Rapportée dans le *Lyon médical* de 1872, c'est la plus ancienne observation de sarcome mélanique du nez qui soit nettement décrite dans la littérature médicale.

L'aspect de la tumeur, l'évolution clinique de l'affection sont bien en faveur d'un mélano-sarcome.

OBSERVATION II

(NIEBERG)

Sarcome mélanique du nez. Interventions. Récidives

Homme de 53 ans, présentant une tumeur de la muqueuse nasale après une chute sur le nez. Début il y a trois ans.

Cette tumeur fut enlevée par un grattage après section du nez. Récidive *in situ* deux mois plus tard et l'on a fait une résection partielle du maxillaire supérieur.

Nouvelle récurrence dans l'antre d'Highmore au bout de 3 mois, et on fait, en 1880, une résection totale du maxillaire supérieur.

Pas de récurrence locale. Mort en août 1881, avec probablement une métastase hépatique.

OBSERVATION III

(LÜCKE)

Sarcome mélanique des fosses nasales

Lücke, dans son article « Geschwülste » du *Handbuch Pitha-Billroth*, dit : « J'ai opéré, il y a peu de temps un sarcome mélanique qui avait pris naissance au niveau de la muqueuse nasale et qui se présentait sous la forme d'un polype dur. »

Nous avons retrouvé ces deux cas dans la thèse de Nieberg. Le premier se caractérise par son origine traumatique probable et pourrait être rapproché du cas de Bilancioni. La seconde observation est incomplète, Lücke et Nieberg se bornant à signaler son existence.

OBSERVATION IV

(DRENKHAHN)

*Tumeur mélanique de la cloison du nez. Récidive
deux ans après l'intervention*

Le 5 mars 1883, l'auteur observe une femme de 55 ans, qui a remarqué depuis trois mois une petite tumeur du côté droit du nez ; celle-ci a augmenté et est devenue douloureuse. La tumeur remplit la narine et s'étend jusque dans la gorge. Douleur vive spontanée au niveau du frontal gauche.

Après section du nez, on trouve une tumeur d'aspect mélanique prenant naissance sur la cloison. Ablation de cette tumeur et d'une partie de la cloison et du plancher de la fosse nasale.

La malade part guérie un mois après et reste deux ans en santé parfaite, sans récidive et sans douleurs de tête. Puis, la sensation d'obstruction nasale revient, ainsi que la céphalalgie.

Ablation des masses bourgeonnantes et cautérisation. Mais les résultats sont temporaires et la malade revient présentant un gonflement du palais osseux. Ecoulement de sérosité sanguinolente par le nez.

On fait à nouveau un curettage de toute la cavité nasale et la malade sort en pouvant bien respirer par le nez.

Ce cas a été observé à la clinique chirurgicale de Berlin et est rapporté par Drenkhahn dans sa thèse, en 1888. Il semble bien qu'il s'agisse d'un mélano-sarcome à cause de la coloration de la tumeur et des nombreuses récides.

OBSERVATION V

(CASATI)

Tumeur mélanique de la fosse nasale gauche.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 58 ans, atteinte d'une tumeur maligne de la fosse nasale gauche. Excellent état général.

M. Duret pratiqua la résection du maxillaire et constata que l'os était très aminci, comme une lame papyracée.

La tumeur extraite, sans forme déterminée, de coloration noire, s'était pour ainsi dire faufilée dans toutes les cavités qu'elle avait rencontrées devant elle, sans épargner le sac lacrymal.

Les suites opératoires furent excellentes.

Comme le fait remarquer Casati, cette observation est intéressante, d'abord à cause de la grande rareté du cas, en second lieu à cause de la conservation du bon état général.

§ II.—SARCOMES MÉLANIQUES SECONDAIRES DU NEZ

Conformément à notre classification nous distinguerons dans ce groupe trois sortes de sarcomes mélaniques secondaires du nez. Nous étudierons donc successivement :

1° *Sarcomes mélaniques des fosses nasales, consécutifs à une tumeur mélanique de l'orbite ou de son contenu.*

2° *Tumeurs mélaniques de la voûte du palais et du voile, propagées aux fosses nasales.*

3° *Tumeurs mélaniques du rhino-pharynx ayant envahi secondairement les fosses nasales.*

I° SARCOMES MÉLANIQUES DES FOSSES NASALES CONSÉCUTIFS À UNE TUMEUR MÉLANIQUE DE L'ORBITE OU DE SON CONTENU.

Cette variété de sarcomes mélaniques fut décrite pour la première fois par Kassapian, en 1907, dans sa thèse sur

« Le sarcome mélanique de la choroïde propagé au sac lacrymal et au canal nasal ». Aux trois observations publiées par cet auteur et qui sont dues au professeur Rollet et au docteur Garel, nous en ajouterons deux autres : une première de Léopold Jacob et une seconde de MM. L. Dor, Sargnon et Vignard.

OBSERVATION I

(L. DOR, SARGNON, VIGNARD)

Tumeur mélanique de la gaine du nerf optique, généralisations sinusiennes multiples ; intervention par voie naso-latérale. Survie de deux mois.

Femme de 64 ans, ne présentant rien de spécial dans ses antécédents, sauf une fille morte de tuberculose à 17 ans, le mari aussi est mort de tuberculose. La malade, vue le 2 janvier 1912, présente une tuméfaction rétro-orbitaire droite apparue il y a deux mois, et une cécité à droite datant de 15 jours. Douleurs progressives fronto-temporales droites. Elle mouche du sang à droite depuis deux mois, gêne nasale de ce côté. Douleur à la pression au niveau du sinus maxillaire droit.

A la diaphanoscopie, sinus frontal droit clair, opacité incomplète du sinus maxillaire droit. Pas de pus nasal. Le cornet moyen droit est polypoïdal et la paroi externe est un peu refoulée en dedans. Insuccès du traitement spécifique.

La radiographie des deux côtés, faite par le docteur Malot, montre du flou très net dans la région ethmoïdo-sphénoïdale.

Le 16 janvier 1912 : A droite, exagération des douleurs péri-orbitaires, gingivales et auriculaires ; léger empâtement de la fosse canine. Opacité plus marquée du sinus maxillaire droit et la paroi nasale externe est de plus en plus rejetée en dedans. Exophtalmie plus marquée. La malade refuse l'intervention.

12 février 1912 : Douleurs diminuées. Exophtalmie encore plus marquée de l'œil droit.

Intervention : Trépanation exploratrice par la fosse canine du sinus maxillaire droit. Le doigt sent, en haut et surtout en arrière, une grosse masse molle sûrement néoplasique. Incision naso-

latérale de Moure à droite ; résection de la branche montante, de l'os propre et de la paroi antérieure du sinus maxillaire. Curettage du sinus maxillaire. Ablation de la paroi externe du nez envahie par une tumeur molle d'aspect mélanique. Résection de la paroi interne de l'orbite. La tumeur a envahi la partie postérieure de l'orbite, la région du trou optique, la lame criblée et la portion droite sphénoïdale.

Curettage prudent du néoplasme avec une large curette entourée de gaze. Pas d'hémorragie. Dure-mère mise à nu sur une grande étendue ; on sent battre le cerveau sur le doigt. L'ablation est sûrement incomplète du côté du sphénoïde.

Les voies lacrymales ont été sectionnées au-dessous du sac au cours de l'opération. Suture palpébrale à droite. Tamponnement à la gaze de la vaste plaie. Suture totale de l'incision cutanée. L'opération a duré une heure.

16 février 1912 : suites opératoires bonnes. Pas de signes de méningite. La température n'a pas dépassé 38°6. Détamponnement.

La malade quitte la clinique au bout de 15 jours, ne souffrant presque plus et se croyant guérie. Le sphacèle a été très intense. Section de la suture palpébrale le cinquième jour. L'œil droit intact est rentré dans l'orbite et a presque repris toute sa mobilité. Vision toujours négative. A l'examen, on constate une vaste cavité unique bourgeonnante ; mais du côté du sphénoïde, sur la ligne médiane, il y a du bourgeonnement mélanique.

La malade a survécu deux mois. Récidive à gauche avec très peu d'exophtalmie ; écoulement nasal, anosmie, cécité complète ; la malade très soulagée par l'opération a eu, les vingt derniers jours, des douleurs méningées atroces avec des vomissements et un peu de raideur de la nuque.

Mort en huit heures dans le coma, avec crises.

L'examen histologique (Docteur L. Dor) a montré qu'il s'agissait d'un mélano-sarcome.

Quoique le début de l'affection fut nettement orbitaire, les symptômes nasaux furent très marqués et prédominants. L'intervention tardive paraît avoir soulagé temporairement la malade.

OBSERVATION II

(ROLLET, GAREL)

Cancer mélanique du sac lacrymal et de la fosse nasale, secondaire à un sarcome mélanique alvéolaire choroïdien

Marie V..., 57 ans, entre le 16 août 1904, à l'Hôtel-Dieu, à la clinique de M. le professeur Rollet. En 1886, coup de corne de vache sur l'œil droit, l'ecchymose aurait laissé, à sa suite, sur la conjonctive une tache permanente au-dessous et en dedans de la cornée ; vision normale. Il y a trois ans, larmoiement ; il y a deux ans, coup de mèche de fouet sur le même œil ; alors apparaît une tumeur à l'œil. Il y a seize mois, hémorragie à l'œil ; elle consulte M. Garel, en septembre 1903, qui diagnostique une mélanose de l'œil et des fosses nasales. Ablation d'une tumeur mélanique nasale, en octobre 1903 et en juin 1904.

16 août 1904 : Enucléation par M. Rollet, œil truffé, tumeur mélanique de l'œil avec bosselures équatoriales et grosse masse, surtout en dedans, qui éclate lors de l'ablation. Evidemment ordinaire sous-conjonctival, il s'agissait d'un mélano-sarcome de la choroïde.

15 avril 1905 : La malade revient à la clinique. Moignon conjonctival tigré de quelques petites plaques noirâtres, orbite semblant normale. Tumeur lacrymale dure, vue noirâtre par transparence de la peau normale et non adhérente à celle-ci. Cette masse un peu mobile a le volume d'une petite noisette, elle est irréductible, pas de liquide refluant en haut et en bas par sa pression.

Extirpation par M. Rollet d'un sac complètement noir, extirpation en bloc. La mélanose se propage dans le canal nasal, qui est vigoureusement curetté. M. Garel extirpe une tumeur mélanique récidivée et correspondante de la fosse nasale.

L'examen histologique a montré une mélanose nasale.

21 avril 1905 : Réunion immédiate. Traitement interne par la quinine. La malade est morte le 15 mai 1907. Son mal qui était en relief avait gagné tout un côté du visage. Les souffrances ne semblaient pas très aiguës dans les derniers temps.

L'examen anatomo-pathologique (M. Horand) a montré qu'il s'agissait d'un sarcome alvéolaire mélanique du sac lacrymal d'origine choroïdienne.

OBSERVATION III

(ROLLET)

Sarcome mélanique de la choroïde. Envahissement secondaire du sinus maxillaire et des fosses nasales

Philomène N..., 56 ans, raconte que, depuis un an, la vue a baissé à droite. On constate l'immobilité de la pupille droite ; à l'ophtalmoscope, à côté du fond rouge, on note un large et immobile décollement de la rétine en bas. Glaucome symptomatique (hypertonie, pupille large et immobile, cercle périkératique). L'œil présente en son segment médian et inférieur une masse dure qui se prolonge vers le plancher de l'orbite, elle est blanche et dure à travers le cul-de-sac conjonctival. Pas d'adénopathie.

Le 10 avril 1906 : Enucléation de l'œil droit par M. le professeur Rollet : exentération sous-conjonctivale.

Le 8 juin, rien dans l'orbite, aucune tumeur et rien au sac lacrymal. Joue un peu rouge et volumineuse, et l'on sent sur la face antérieure du maxillaire supérieur une dureté en plastron particulière qui fait porter le diagnostic d'envahissement du sinus maxillaire. Tumeur mélanique dans la fosse nasale droite. Pas d'hémorragie nasale.

Le 12 juin, résection du maxillaire supérieur par M. Tixier.

La malade meurt en octobre 1906.

L'examen histologique pratiqué par M. le docteur Horand, montre qu'il s'agit d'un mélano-sarcome globo-cellulaire.

En résumé, il s'agit d'un mélano-sarcome du sinus maxillaire et des fosses nasales, consécutif à un sarcome mélanique de la choroïde.

OBSERVATION IV

(GAREL)

Mélanose oculaire suivie de mélanose nasale.

Mme X..., 58 ans, vient consulter le docteur Garel, le 21 juillet 1904, pour une tumeur de la fosse nasale droite obstruant toute la cavité. Cette tumeur a une coloration brune très marquée. On ne relève dans ses antécédents rien de particulier au point de vue héréditaire ou familial.

L'affection a débuté par l'œil, à l'âge de 46 ans. La lésion commença en bas, sur la conjonctive, dans le cul-de-sac inférieur, sous la forme d'une plaque non saillante et l'affection s'étendit peu à peu il y a deux ans. La conjonctive redevint claire et la lésion se localisa en dedans dans le cul-de-sac de la paupière inférieure. Elle formait une tuméfaction en bourrelet.

Il y a dix-huit mois, ablation de la partie tuméfiée par le docteur Coronat. Puis survint une autre tache grisâtre sur la conjonctive, un peu plus au-dessus de la cornée. Deux mois après la première intervention, on opéra deux ou trois petites taches de la grosseur d'une épingle.

En janvier 1904, se forme une tumeur non ulcérée au niveau du sac lacrymal. Le docteur Coronat écrase cette tumeur et fait sourdre un liquide marc de café. Forte hémorragie nasale à ce moment.

En mars, nouvelle tumeur grise de la conjonctive ; la tumeur du sac lacrymal se reforme de temps en temps, s'accompagnant de douleurs et d'hémorragies nasales.

En juillet 1904, la malade vient consulter le docteur Garel pour des hémorragies nasales fréquentes. On constate dans le nez un bourgeon qui augmente rapidement et en septembre l'obstruction nasale est complète.

Première intervention nasale par les voies naturelles vers la fin de *septembre*. Après trois opérations assez rapprochées, la respiration nasale est rétablie, les hémorragies et les douleurs disparaissent.

Le 26 novembre, récurrence complète. Nouvelles interventions et la malade semble guérie de nouveau. Aspect franchement mélanique de toutes les parcelles extraites.

Le 3 janvier, la tumeur oculaire ayant beaucoup augmenté de volume, énucléation de l'œil par le docteur Coronat.

Les premiers ganglions avaient apparu après la dernière intervention nasale. Après l'ablation de l'œil, apparition d'un nouveau ganglion du volume d'une amende dans la région sous-maxillaire.

Les douleurs de tête ont diminué.

La tumeur récidivant continuellement, le docteur Vallas pratiqua la résection du maxillaire supérieur. Il n'y eut de récurrence, ni du côté de l'œil, ni du maxillaire, mais la malade mourut le 14 avril 1907, avec des céphalées et des signes d'hémiplégie du côté du bras gauche, après une sorte de petite attaque.

L'examen histologique fait par M. Paviot a montré une tumeur mélanique de l'œil et des fosses nasales. On ne voit, sur les coupes, qu'une nappe d'énormes cellules à protoplasma abondant, faisant comme un pavage marqué par les traits de séparations cellulaires ; toutes sont plus ou moins infiltrées d'un pigment mélanique.

Ces trois derniers cas relatés dans la thèse de Kassapian, se caractérisent par leur grande malignité. Ils ont nécessité des opérations très mutilantes ; la résection du maxillaire supérieur, dans le troisième cas, a donné à la malade une survie de trois ans.

OBSERVATION V

(Léopold JACOB)

*Mélano-sarcome du nez, consécutif à une tumeur
mélanique de l'œil*

Un homme de 80 ans a été opéré quelque temps auparavant pour un mélano-sarcome de l'œil. Depuis plusieurs mois, il a une obstruction du nez, et seulement depuis quelques semaines, le malade présente des écoulements provenant du nez et de la gorge, qui sont teintés de sang et qui sentent mauvais.

A la rhinoscopie postérieure, on voit une tumeur noire qui est adhérente au cornet inférieur et qui s'étend sur la paroi latérale de la choane et du rhino-pharynx. On l'enlève à l'anse.

La structure de cette masse polypeuse est celle d'un sarcome à cellules rondes. Dans toute la tumeur, on trouve du pigment disséminé, surtout dans le tissu interstitiel et au voisinage des vaisseaux. Ce n'est que par places que l'on trouve des noyaux pigmentaires à l'intérieur des grosses cellules sarcomateuses.

Quelques auteurs citent cette observation à côté de sarcomes mélaniques primitifs de la muqueuse nasale, mais son début oculaire la sépare complètement de ces derniers et justifie la place que nous lui donnons dans le groupe des tumeurs mélaniques secondaires de la muqueuse nasale.

2° TUMEURS MÉLANIQUES DE LA VOUTE DU PALAIS ET DU VOILÉ, PROPAGÉES AUX FOSSES NASALES

Les tumeurs mélaniques de la voûte et du voile du palais peuvent envahir les fosses nasales, mais ce n'est que tardivement et assez rarement.

Roy (de Montréal) rapporte l'observation d'un homme de 43 ans qui présentait, depuis plusieurs années, une tache ronde, de couleur noirâtre à la voûte palatine. Elle mit douze ans pour doubler de diamètre, puis se mit à bourgeonner et devint douloureuse. En quatre ans, tout le voile du palais est envahi et une fistule apparaît. Rien à la rhinoscopie antérieure, mais à la rhinoscopie postérieure, on voit une infiltration de la cloison et des queues de cornets. Puis, la voûte palatine se dénude, des îlots d'os mortifiés sont expulsés, la fistule s'agrandit. La marche rapide fait prévoir une terminaison fatale dans un avenir prochain. L'*examen microscopique* avait montré qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique.

3° TUMEURS MÉLANIQUES DU RHINO-PHARYNX AYANT ENVAHI SECONDAIREMENT LES FOSSES NASALES

Dans cette variété, nous ne connaissons que le cas rapporté par Léopold Jacob, dans sa thèse. Il s'agit d'un homme de 70 ans qui avait un mélano-sarcome du rhino-pharynx et qui, tardivement, présenta des signes d'obstruction nasale. L'*examen microscopique* avait montré qu'il s'agissait bien d'un mélano-sarcome.

§ III. — SARCOMES MÉLANIQUES DU NEZ D'ORIGINE MÉTASTATIQUE

Dans ce dernier groupe, nous classerons les mélano-sarcomes du nez consécutifs à une tumeur mélanique développée dans un point éloigné de l'organisme.

La localisation nasale de la tumeur n'est qu'une variété des métastases mélaniques, mais par son siège, elle complique la mélanose, car elle peut présenter la même symptomatologie qu'un sarcome mélanique primitif du nez.

Ces cas de mélano-sarcomes nasaux métastatiques sont excessivement rares et nous n'avons pu en réunir que deux cas : ceux de Phillips et P. Bourgeois.

Le premier, celui de Phillips, est souvent décrit avec les mélano-sarcomes primitifs de la muqueuse nasale. Celui de P. Bourgeois ne paraît pas être très connu car il n'est pas cité par la plupart des auteurs. P. Bourgeois, dans sa thèse, ajoute à l'observation : « Bien que cette tumeur ne soit pas à proprement parler primitive, nous avons tenu à la publier, à cause de l'extrême rareté de cette forme histologique de cette région. »

OBSERVATION I

(PHILLIPS)

Sarcome mélanique de la peau, avec manifestations dans le nez, le naso-pharynx, la bouche, le pharynx et le larynx

Homme de 47 ans, syphilis à 36 ans. Constataction par le malade, à l'âge de 18 ans, d'une tache pigmentaire, à la jambe gauche, qui reste très longtemps stationnaire.

Depuis 12 ans, cette tache augmente graduellement de volume. Ablation et récurrence au bout d'un an à côté de la cicatrice. Ablation. Nouvelle récurrence dans la région des cicatrices et nouvelle extirpation large de la tumeur. Après cette opération, de nombreuses taches apparaissent sur tout le corps. Grosse tache sur le côté gauche de la cloison, sur le voile du palais, l'aryténoïde droit et le rhino-pharynx. On comptait en tout 110 tumeurs. Le malade toussait et dépérissait. Il y a dix jours, troubles de la vision à gauche ; l'examen du fond de l'œil fut négatif.

Par conséquent, on constate d'abord une tache pigmentaire de la peau, qui se transforme en tumeur mélanique ; puis, apparaissent enfin des tumeurs mélaniques nombreuses, parmi lesquelles une tache mélanique de la cloison nasale.

La durée très longue de l'affection et le nombre considérable de générations donnent beaucoup d'intérêt à cette observation de Phillips ; mais en réalité, cette observation n'a qu'un intérêt très relatif en ce qui concerne l'atteinte de la muqueuse nasale et ne peut être comparée au point de vue symptomatique aux cas que nous avons décrits dans nos deux premiers paragraphes.

OBSERVATION II

(P. BOURGOIS)

Sarcome mélanique du nez, consécutif à une tumeur mélanique de la peau

Femme de 60 ans, qui vit apparaître sur la paroi abdominale, au niveau d'un nævus pigmentaire, une petite tumeur noirâtre de la grosseur d'une noisette. Opérée en 1896.

La cicatrice dut être cautérisée plusieurs fois à cause de l'apparition de nouvelles masses pigmentaires. Actuellement, la cicatrice est parsemée de petites tumeurs aplaties, saillant au-dessus de la peau, et franchement noires.

En 1899, la malade a vu apparaître, au-dessus du mamelon gauche, une tumeur analogue qui fut cautérisée à deux reprises différentes.

Il y a un an, la malade, qui était sujette à des épistaxis fréquentes, a commencé à se plaindre d'obstruction nasale. Ablation d'une tumeur nasale suivie d'une hémorragie violente nécessitant le tamponnement postérieur.

Soulagement pendant quatre mois, puis réapparition des phénomènes d'obstruction nasale.

A l'examen, la malade présente un élargissement notable du nez à gauche, mais le squelette paraît intact. A la rhinoscopie antérieure, on voit une grosse tumeur emplissant la totalité de la narine, saignante, irrégulière et noirâtre.

Etat général bon ; pas de métastase viscérale apparente.

Examen histologique (M. Lecène) : Sarcome mélanique du chorion de la muqueuse du cornet inférieur.

La malade refusa toute opération et fut perdue de vue.

Dans ce cas, les symptômes nasaux (obstruction, épistaxis) sont beaucoup plus nets que dans le précédent, à cause de l'existence d'une véritable tumeur endonasale. Mais la durée de l'affection est aussi assez longue ; les sarcomes métastatiques du nez auraient-ils un pronostic moins sombre que les véritables sarcomes mélaniques primitifs de la muqueuse nasale, où l'évolution est rapide et varie en moyenne entre 1 an 1/2 et 2 ans ?

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

§ I. — ÉTIOLOGIE

a) FRÉQUENCE.

Nous avons déjà insisté sur le caractère d'extrême rareté du sarcome mélanique primitif du nez dont seulement quinze cas indiscutables ont pu être réunis dans ce travail. Même en comprenant les sarcomes mélaniques secondaires et les sarcomes métastatiques des fosses nasales, le sarcome mélanique du nez reste une affection tout à fait exceptionnelle.

Von Ströhe, dans sa thèse intitulée « *Über dem Sarkom der Nasenhöhle* » (Bonn, 1892), donne une statistique portant sur quarante-trois cas de sarcomes des fosses nasales, et sur ce nombre il en trouve sept appartenant à la variété mélanique.

Nous ferons remarquer qu'à l'époque de la publication de cet ouvrage, l'examen histologique n'avait sûrement pas été fait pour tous les cas rapportés comme étant des mélano-sarcomes, car, en 1892, on ne connaissait que les trois cas de Lincoln, Heymann et Michael où le diagnostic clinique ait été vérifié microscopiquement ; aussi cette statistique n'a qu'une valeur très relative.

En 1897, le docteur Strauss, dans la Thèse « *Über Sarkom der Nase* » (Würzburg, 1897, dit qu'il n'y a que 58 cas de sarcomes du nez publiés jusqu'à cette époque, dont 9 cas de mélando-sarcomes. Mais cette statistique est sujette aux mêmes critiques que la précédente et nous croyons que cette proportion de sarcomes mélaniques, par rapport aux autres sarcomes des fosses nasales, est beaucoup trop forte.

Aussi, nous acceptons plus volontiers un tableau statistique du professeur Ferreri, rapporté au *Congrès International de Médecine de Londres*, en 1913, où il est dit que sur 65 cas de tumeurs nasales (dont la moitié environ était constituée par des sarcomes) opérés à la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique de Rome et dans les autres services, il n'a relevé qu'un cas de mélando-sarcome.

Il s'agit donc d'une affection très rare comme le montre toutes ces statistiques et, en particulier, celle du professeur Ferreri.

b) SEXE.

Sur les 15 cas de mélando-sarcomes primitifs du nez rapportés ici, on relève neuf hommes et six femmes, ce qui semblerait montrer la plus grande fréquence avec laquelle les hommes sont atteints par rapport aux femmes, mais nous croyons qu'il faut attendre que les cas rapportés soient plus nombreux avant de conclure.

c) AGE.

On admet que le sarcome du nez se montre surtout chez les jeunes gens et les adultes. Cette opinion est vraie pour

toutes les variétés de sarcomes : sarcomes à cellules rondes, à cellules fusiformes, ostéo-sarcomes, chondro-sarcomes, myxo-sarcomes, sauf pour le mélano-sarcome. Comme le montrent toutes les observations précédentes, le sarcome mélanique du nez est plutôt une affection de l'âge mûr et la plupart des observations sont relatives à des sujets âgés de 50 à 60 ans. Il n'y a que les cas de Lannois et Jacod, et de Bourgeois, où l'affection a débuté avant 45 ans.

d) ANTÉCÉDENTS.

L'hérédité joue probablement, dans l'étiologie du sarcome mélanique primitif du nez, le même rôle que dans les autres cancers : il est fort mal connu.

e) SIÈGE DU POINT D'INSERTION DE LA TUMEUR.

C'est sur ce caractère d'origine de la tumeur que nous avons basé notre classification et si dans tous les cas on n'a pu dire nettement quel était ce point d'insertion primitif, à cause de l'état avancé de la tumeur, il n'en est pas moins vrai que l'on peut faire les constatations suivantes :

Dans le mélano-sarcome primitif de la muqueuse nasale, l'insertion la plus fréquente paraît être la muqueuse de la cloison, puis celle des cornets moyens et inférieurs. Remarquons aussi que dans aucune observation, on n'a signalé l'insertion sur le cornet supérieur, ce qui a une grande importance comme nous le verrons dans le paragraphe suivant, relatif à la pathogénie de la pigmentation de ces tumeurs.

§ II. — PATHOGÉNIE

I° PATHOGÉNIE GÉNÉRALE.

De même que pour les autres néoplasmes, il est à peu près impossible de dire quelles sont les causes déterminantes des tumeurs mélaniques.

Il semble bien que, comme nous l'avons vu précédemment, il y ait des causes prédisposantes telles que l'âge et le sexe, mais leur origine réelle nous est inconnue.

Toutefois, nous croyons que l'on peut faire quelques constatations intéressantes en examinant les observations que nous avons publiées.

Le *traumatisme* paraît avoir une influence réelle sur le développement ultérieur d'une tumeur mélanique ; les cas de Bilancioni et de Nieberg pour le mélano-sarcome du nez et les travaux de Kröner semblent le démontrer. Il est possible que des blessures de la choroïde entraînent des cellules pigmentées choroïdiennes dans la plaie nasale, ce qui expliquerait le siège surprenant du mélano-sarcome développé ultérieurement.

Les *inflammations* (rhinites chroniques, opérations nasales antérieures...) ont été aussi mises en cause, mais nos observations ne le prouvent nullement.

Quant à la *syphilis* qui a été souvent invoquée, nous ne la trouvons que dans l'observation de Phillips.

Citons, pour terminer, la *possibilité de la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes*. Le cas de Heymann, où un homme, souffrant depuis plusieurs années de polypes nasaux récidivants, a présenté ultérieu-

rement un mélanosarcome, est bien en faveur de cette hypothèse. Mais cette dernière a, contre elle, le fait de la coexistence de la tumeur mélanique d'un côté et d'une production polypeuse bénigne de l'autre côté.

De plus, on ne peut affirmer sans réserves cette transformation d'une tumeur bénigne en sarcome, car il faudrait que la tumeur primitive fut d'origine conjonctive ; il est, en effet, peu vraisemblable, comme le fait remarquer Bourgeois, « que les polypes glandulaires épithéliaux puissent se transformer en sarcomes ».

2° ORIGINE DU PIGMENT.

Le pigment provient-il de la matière colorante du sang ou est-il un produit d'élaboration de la cellule, telle est la question à laquelle se rattache la pigmentation des tumeurs mélaniques.

Les opinions sont extrêmement variables sur ce projet, et nous nous bornerons à exposer brièvement les deux théories principales relatives à l'origine du pigment mélanique.

Langhans, Gussenbauer, Hirschberg et d'autres croient que le pigment mélanique est d'origine hématique. Ils soutiennent qu'il dérive de l'hémoglobine des globules rouges et se basent sur les réactions chimiques du fer. En traitant des préparations de mélanosarcome avec le ferrocyanure de potassium et la glycérine chlorhydrique, on parvient à obtenir une coloration bleue caractéristique, mais cette réaction n'est pas constante ; aussi de nombreuses objections ont été formulées contre cette *origine hématogène du pigment*.

Virchow, Recklinghausen, Waldeyer, Cornil et Ranvier croient à l'*origine cellulaire du pigment* qui résulterait du métabolisme, de la transformation des matières albuminoïdes de la cellule. Alors que la théorie précédente est basée sur des réactions chimiques, celle-ci repose sur des examens histologiques.

Il est impossible de conclure en faveur de l'une ou l'autre de ces théories, mais les travaux de Citelli, à propos de la publication de son observation de mélano-sarcome du nez, semblent donner raison aux auteurs de la théorie hématisques dans son cas personnel.

Citons aussi la *théorie infectieuse* ou parasitaire de la mélanose admise par Jaboulay et longuement décrite dans la thèse de Paul Bonnet.

En se basant sur l'évolution clinique des tumeurs mélaniques, sur leur étude anatomique et sur des recherches expérimentales, ces auteurs concluent à la légitimité de la théorie parasitaire de la mélanose.

Lagrange admet deux variétés de pigmentations : l'une hématogène et l'autre choroïdienne ou cellulaire, existant ensemble ou séparément.

Nous rappelons enfin, pour terminer, que l'on ne trouve de pigment dans la muqueuse nasale que dans la zone d'épanouissement du nerf olfactif, c'est-à-dire sur le cornet supérieur et sur la partie supérieure de la cloison. Or, l'origine de la pigmentation du mélano-sarcome du nez ne saurait y être rapportée, puisque dans toutes nos observations, l'insertion de la tumeur est située sur les parties moyenne et inférieure de la cloison, ou sur les cornets moyen et inférieur du nez.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Nous décrirons plus spécialement l'étude clinique du mélano-sarcome primitif du nez et nous diviserons son évolution en trois phases : période de début, période d'état et, enfin, période d'envahissement et de cachexie mélanique.

Evidemment, cette division est arbitraire et la limite n'est pas bien tranchée entre chacune de ces périodes, mais elle contribue à la clarté de l'exposition.

§ I. — PÉRIODE DE DÉBUT

Tout au début de l'affection, les symptômes sont surtout d'ordre subjectif ; le malade éprouve une *sensation de corps étranger* situé profondément dans une des fosses nasales. Cette sensation a débuté insidieusement, puis s'exagérant de plus en plus, elle précède l'*obstruction* com-

plète d'une fosse nasale qui apparaît au bout d'un temps plus ou moins long, souvent à la période d'état.

Cette obstruction nasale partielle ou totale peut être accompagnée de *phénomènes réflexes* : insomnie, comme dans le cas de Cozzolino, ou gêne respiratoire du type asthmatique.

A ces phénomènes de sténose nasale s'ajoutent des *épistaxis* fréquentes et souvent abondantes qui sont relatées dans presque toutes nos observations. Ces épistaxis sont à peu près contemporaines de l'obstruction nasale ; elles peuvent être très abondantes et être la raison qui amène le malade au médecin. Elles sont presque toujours spontanées ou se produisent lorsque le malade se mouche, c'est-à-dire à l'occasion d'un traumatisme insignifiant.

La plupart du temps, un *écoulement* muco-purulent ou même noirâtre (observation de Cozzolino) fait son apparition ; quelquefois aussi, le malade rejette par la bouche du muco-pus venant du rhino-pharynx.

La *céphalée* est fréquente, mais non constante à cette période.

La durée de cette période est en moyenne de six mois à un an.

§ II. — PÉRIODE D'ÉTAT

Les malades viennent, en général, consulter à cette période de l'affection. L'*obstruction nasale* est ordinairement complète pour une des fosses nasales ; le malade respire la bouche ouverte.

Tous les symptômes de la période de début sont exagérés : les *épistaxis*, déjà fréquentes, sont devenues quel-

quefois excessivement nombreuses et même inquiétantes, comme dans le cas de Bourgeois. Les ablations de fragments de la tumeur pour examen biopsique provoquent toujours des hémorragies abondantes ayant même nécessité le tamponnement postérieur (observation de Bourgeois).

Le malade de Lannois et Jacod présentait aussi, à ce stade, des épistaxis postérieures qui étaient expulsées le matin sous forme de pseudo-hémoptysies.

L'*écoulement muco-purulent* du nez augmente d'abondance et est extrêmement *fétide*.

La *douleur* est à peu près constante à cette période, parfois localisée à la moitié correspondante de la tête ou à une région de la face et se présentant alors sous forme de névralgie ; elle possède, le plus souvent, les caractères de tension, de céphalée, mais ne se montre généralement pas intolérable.

L'*anosmie* est ordinairement tardive, mais constante ; son existence s'explique d'ailleurs facilement.

A l'examen, on peut noter une *déformation du nez*, ordinairement unilatérale, qui est parfois douloureuse à la pression (Cas de Lannois et Jacod, de Wilkinson, de Bourgeois).

Dans plusieurs de nos observations, la tumeur sortant par l'orifice narinaire était visible à l'examen direct ou en relevant le lobule du nez, mais il s'agissait alors de cas où la tumeur était déjà ancienne.

L'*examen rhinoscopique antérieur*, après nettoyage de la fosse nasale pour enlever les croûtes et les exsudats, permet d'apercevoir une tumeur plus ou moins développée, quelquefois ulcérée, bourgeonnante, de couleur gris noirâtre, mais parfois franchement rouge et saignante, et

de consistance variable; les épistaxis provoquées par les instruments sont très fréquentes.

A l'aide d'un stylet, si la tumeur n'est pas trop développée, on pourra localiser le point d'insection primitif.

La rhinoscopie antérieure de l'autre fosse nasale pourra révéler un refoulement de la cloison ou même son envahissement par la tumeur.

La *rhinoscopie postérieure* renseigne sur les limites postérieures de la tumeur, mais elle n'est pas toujours possible.

Le *toucher digital* pourra alors donner des indications sur l'envahissement du cavum, mais il faudra le faire avec de grandes précautions.

La *diaphanoscopie* montre, en général, une illumination normale des sinus frontaux et maxillaires qui ne sont envahis que plus tardivement.

La *radiographie* peut fournir des renseignements et montrer l'infiltration néoplasique des cavités voisines des fosses nasales. (Observation de MM. Dor, Sargnon et Vignard.)

La durée moyenne de la période d'état paraît être d'environ 6 mois.

§ III. — PÉRIODE D'ENVAHISSEMENT DE MÉTASTASES ET DE CACHEXIE MÉLANIQUE

Après un temps variable, entre un an et un an et demi en moyenne, apparaît la période terminale qui se caractérise par trois ordres de faits que nous décrirons succes-

sivement : Envahissement des régions voisines, apparition de métastases et cachexie mélanique.

a) ENVAHISSEMENT DES RÉGIONS VOISINES.

La tumeur intranasale continue à s'accroître et envahit les régions voisines : cavité orbitaire, rhino-pharynx, sinus de la face, etc...

Dans chaque cas, l'envahissement est électif, mais comme le fait remarquer Bourgeois à propos des tumeurs malignes primitives des fosses nasales « aucun organe du voisinage n'est à l'abri de l'invasion ».

La *seconde fosse nasale* peut être envahie plus ou moins rapidement suivant le siège de la tumeur ; la cloison d'abord refoulée est ensuite détruite, puis la tumeur pénètre dans la fosse nasale indemne et l'obstruction du nez devient complète.

Quelquefois d'une façon précoce, en général assez tardivement, la *cavité orbitaire* est envahie, la tumeur se développant en dehors détruit ou déforme la masse ethmoïdale correspondante et provoque alors de l'exophtalmie par diminution du volume de la cavité orbitaire. Cette exophtalmie est relatée dans la plupart des observations, mais comme nous l'avons déjà fait remarquer, elle fait partie de la période terminale du mélano-sarcome primitif de la muqueuse nasale, alors qu'elle constitue un des signes les plus précoces dans le mélano-sarcome du nez secondaire à une tumeur mélanique d'origine orbitaire. La vision est aussi souvent diminuée à ce stade de l'affection.

Casati signale l'envahissement *des voies lacrymales* dans son cas personnel où, dit l'auteur, « la tumeur s'était pro-

pagée dans toutes les cavités qu'elle avait rencontrées devant elle. »

Nous avons dit, dans le paragraphe précédent, que la tumeur, sortant par l'*orifice narinaire*, était souvent visible au simple examen direct, cela tient à sa tendance à se développer du côté antérieur des fosses nasales. Par contre, elle tend beaucoup moins à se développer en arrière et à envahir le cavum; toutefois cet envahissement du *rhino-pharynx* est signalé dans les cas de Güder et de Drenkhahn.

L'envahissement du *sinus maxillaire*, précoce dans l'épithéliome du nez, n'est pas relaté dans toutes nos observations; il se traduit par une diminution de la transparence lumineuse du sinus à la diaphanoscopie, et plus rarement par la déformation de la joue.

Le *sinus frontal*, de même que le *sinus sphénoïdal* n'a été envahi dans aucun des cas que nous avons rapportés.

La *cavité buccale*, qui est rarement atteinte, le doit probablement à la rapidité des métastases qui emportent le malade. Nous ne connaissons que le cas de Citelli où l'on ait noté une tuméfaction néoplasique de la voûte palatine et du rebord gingival.

La propagation à la *lame criblée de l'ethmoïde*, aux *méninges* et au *cerveau* a été relevée seulement dans le cas de Citelli, où la malade est morte de méningite, près de deux ans après le début de l'affection.

Les *os propres du nez*, les *unguis* et la *peau de la région nasale* ne sont que très tardivement envahis, à la fin de la période terminale, ou après la résection du maxillaire supérieur. (Observations de Citelli, de Cozzolino.)

b) MÉTASTASES.

Il est probable que tous les organes peuvent être envahis par les métastases (cas de Wolffheim), mais le petit nombre de cas de mélando-sarcomes nasaux observés ne nous permet de signaler que quelques localisations.

Les métastases ganglionnaires dues à des propagations lymphatiques sont les plus fréquentes, elles atteignent les ganglions sous-maxillaires et rétro-maxillaires (cas de Lannois, Güder, Poli, Viennois) ; elles sont toujours assez tardives.

Nous avons observé des généralisations aux glandes mammaires chez le malade du professeur Lannois et cette localisation est d'autant plus intéressante qu'elle est bilatérale, P. Bonnet avait signalé la fréquence relative de ces métastases. Une généralisation métastatique à la première vertèbre lombaire est très probable dans ce dernier cas.

Wolffheim a observé, dans son cas personnel, une métastase vertébrale et une autre à la voûte crânienne.

Enfin, Nieberg signale des métastases hépatiques.

Les généralisations cutanées observées dans les cas de Phillips et de P. Bourgeois ne rentrent pas dans cette étude, attendu que la localisation primitive de la tumeur mélanique était cutanée et non nasale.

c) CACHEXIE MÉLANIQUE.

La cachexie, due à l'intoxication néoplasique et à l'ina-
nition, en dehors des métastases, est tardive comme dans le sarcome. L'état général est bon longtemps et c'est ainsi

que dans le cas du professeur Lannois, le malade qui présente des métastases aux glandes mammaires et probablement à la première vertèbre lombaire est encore dans un état de santé apparemment satisfaisant.

Si, à cette période, on ajoute de l'acide azotique à l'urine du malade, on obtient une belle coloration noire qui est due, non pas à la mélanine, mais « à la précipitation d'un chromogène incolore de nature inconnue » (P. Bonnet).

Cette réaction a une réelle importance pronostique, car elle n'apparaît que tardivement, au moment des généralisations.

Les douleurs continues empêchant tout sommeil augmentent encore cette cachexie qui est ordinairement rapide. (Cas de Kümmel, Cozzolino, Citelli.)

La période terminale du mélano-sarcome du nez pendant laquelle apparaissent les métastases et la cachexie dure en moyenne de 4 à 6 mois.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

§ I. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de tumeur du nez est très difficile à faire à la période de début, car les symptômes peu accusés n'attirent pas l'attention du malade et du médecin. Par contre, à la période d'état, le diagnostic de tumeur nasale est facile car les symptômes fonctionnels et les signes physiques sont très accusés, mais il ne présente pas le même intérêt qu'à la phase précédente. En effet, comme pour toutes les tumeurs malignes, il y aura un avantage considérable à ce que le diagnostic soit précoce, car la tumeur est encore localisée et on aura plus de chances de pouvoir faire une opération radicale.

a) *Le diagnostic positif* sera basé sur les signes subjectifs et objectifs, sur la marche de l'affection. Il ne faudra jamais hésiter à faire un examen rhinoscopique complet chez un malade qui se plaint d'obstruction nasale,

de céphalée, d'épistaxis fréquentes et à plus forte raison d'écoulement séro-muqueux ou purulent du nez.

La rhinoscopie antérieure montrera immédiatement si une tumeur nasale est en cause ; on pourra alors compléter l'exploration au stylet pour se renseigner sur sa consistance et son point d'implantation. La rhinoscopie postérieure permettra de fixer les limites postérieures de la tumeur ; si elle est impossible, on pourra au besoin faire un toucher digital.

La diaphanoscopie et la radiographie permettront d'apprécier le développement de la tumeur et l'envahissement des cavités voisines : sinus maxillaires et frontaux, orbites, etc...

Le diagnostic de tumeur nasale étant posé, seule la coloration noirâtre de la tumeur pourra faire penser à une tumeur mélanique, quelquefois aussi la coloration brun noirâtre de l'écoulement nasal.

S'il s'agit d'un sarcome mélanique secondaire ou métastatique du nez, l'idée de la possibilité d'un mélano-sarcome viendra immédiatement à cause de la connaissance ordinairement préalable de la nature de la tumeur primitive.

Mais, lorsque l'on a affaire à une tumeur primitive de la muqueuse nasale, l'examen clinique est tout à fait insuffisant comme nous le verrons plus loin et il faut bien se garder de porter le diagnostic de mélano-sarcome en voyant simplement une tumeur noire dans le nez. Des erreurs ont souvent été commises et l'on peut dire que seul l'examen microscopique peut autoriser à faire ce diagnostic.

L'examen histologique étant donc nécessaire, on fera une biopsie qui confirmera ou infirmera le diagnostic clinique.

A la période terminale de la maladie, la coloration noire obtenue par addition d'acide azotique à l'urine est fortement en faveur de la mélanose, toutefois elle n'est pas constante et elle peut se rencontrer dans d'autres affections. Les réactions de l'urine sont étudiées dans l'observation du professeur Lannois.

Si une tumeur hémorragique, d'aspect mélanique, a été plusieurs fois prise pour un sarcome mélanique du nez, réciproquement, il est arrivé qu'un mélano-sarcome, vérifié microscopiquement, soit pris pour une tumeur bénigne hémorragique. (Cas de Kümmel.) Cela montre aussi la nécessité de l'examen histologique pour toutes les tumeurs nasales dont la nature bénigne ou maligne est tant soit peu douteuse.

b) *Le diagnostic différentiel* pourrait être fait avec toutes les tumeurs nasales, avec le chancre de la pituitaire, avec les gommes, la tuberculose nasale, mais nous croyons, qu'en pratique, il suffit de distinguer le mélano-sarcome de deux affections qui présentent les mêmes signes fonctionnels et physiques : nous voulons parler des polypes hémorragiques et des tumeurs malignes hémorragiques des fosses nasales.

1° *Le polype hémorragique* siège généralement à la partie antéro-inférieure de la cloison. Son volume est variable, sa coloration rouge sombre, quelquefois noirâtre, mais il s'accroît lentement et n'a aucune tendance à l'envahissement. Ce sont des néoplasies conjonctives avec un développement considérable des vaisseaux sanguins; leur évolution est bénigne et ils ne récidivent pas si l'ablation est complète et si l'on cautérise le point d'implantation au galvanocautère.

Au point de vue clinique, le polype hémorragique se caractérise par de l'obstruction nasale et des épistaxis ; on constate, à l'examen rhinoscopique, une tumeur rouge sombre, ou brun noirâtre, saignant facilement. L'aspect clinique est semblable à celui du mélano-sarcome, aussi nous pensons qu'il est intéressant de rapporter l'observation suivante :

OBSERVATION I

(MANASSE)

Polypes hémorragiques du nez, simulant un mélano-sarcome

A propos d'un cas de pseudo-mélano-sarcome qui lui avait été soumis, Manasse rapporte ce qui suit :

Chez un individu, plusieurs polypes, ainsi que le cornet moyen, qui avaient été extirpés montraient un fort amas de cellules pigmentées. Celles-ci siégeaient dans le tissu conjonctif des polypes, mais non dans les parties épithéliales. La forme de ces cellules pigmentées était très variable. Les plus nombreuses étaient triangulaires ou étoilées, remarquables par de très longs prolongements plus ou moins remplis d'un pigment jaune finement granuleux. Il y avait, en outre, des éléments arrondis qui étaient également remplis de substance pigmentée. Presque toutes ces cellules présentaient des noyaux, mais beaucoup étaient peu visibles à cause de la pigmentation abondante.

Evidemment, il s'agissait d'un remplissage des cellules conjonctives par du pigment sanguin comme on le voit fréquemment à la suite d'extravagats hémorragiques, et non d'un sarcome mélanique.

Cette observation de Manasse, publiée en 1893, et cataloguée comme cas de sarcome mélanique par plusieurs auteurs, n'est en réalité qu'un cas de polypes hémorragiques, d'aspect mélanique, comme l'a montré l'examen microscopique.

Nous rappellerons, à ce propos, que Michael avait publié un cas semblable, qui est rapporté dans la thèse de Léopold Jacob.

2° *Les tumeurs malignes hémorragiques* des fosses nasales peuvent donner lieu à la même erreur de diagnostic, d'autant plus que l'envahissement rapide et les récidives sont de règle, aussi l'erreur est inévitable et seul l'examen histologique peut résoudre la question; l'observation si caractéristique que nous publions le prouve suffisamment. La tumeur, d'après l'examen macroscopique, avait été classée comme un mélano-sarcome; c'est seulement longtemps après qu'un examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un angio-fibro-sarcome, sans pigmentation mélanique,

OBSERVATION II

(Inédite. — Service O. R. L. de la XIV^e Région. Hôpital Desgenettes.
MM. LANNOIS et SARGNON.)

Angio-fibro-sarcome pseudo-mélanique du sinus maxillaire, du nez et de l'ethmoïde à droite. Opération par voie naso-latérale et sous-orbitaire. Conservation de l'œil. Rétention purulente du sinus frontal que l'on trépane.

M. M... Louis, soldat de 2^e classe, 20 ans, 3^e régiment de zouaves, 61^e compagnie, entre le 5 août 1915 à l'hôpital Desgenettes, venant de Valréas, pour obturation nasale progressive et épistaxis répétées.

L'affection actuelle semble avoir débuté par de la gêne de la respiration nasale en octobre 1914, c'est-à-dire antérieurement à son incorporation qui a eu lieu le 15 décembre 1914; depuis six mois, il a une véritable obstruction progressive de la fosse nasale droite.

Dès le début de l'obstruction, il se produisit des suintements hémorragiques ou purulents, puis de véritables épistaxis qui augmentèrent peu à peu de fréquence et depuis trois mois, des cépha-

lées surtout frontales et plus marquées à droite firent leur apparition.

En somme, ce sont ces douleurs et les épistaxis abondantes et répétées, journalières ces derniers temps, qui font entrer le malade à l'hôpital de Valréas, le 27 juin 1915, où il restera jusqu'au 5 août. A ces symptômes, il faut ajouter des troubles de la vision ayant débuté dès les premiers jours de juin : pendant le séjour à l'hôpital du camp, apparurent de l'exophtalmie et de la diplopie à droite.

Le 5 août 1915, le malade est envoyé au centre O. R. L. de la XIV^e région, à l'hôpital Desgenettes.

A l'examen, on note d'abord de la dacryocystite droite avec phlegmon lacrymal fistulisé. L'œil droit est en exophtalmie, projeté en avant. Bien que le malade accuse de la diplopie, un examen rapide ne montre pas de paralysie apparente des muscles moteurs.

Au niveau de l'orifice narinaire droit, fait hernie une masse rosée bourgeonnante qui soulève l'aile du nez : elle baigne dans le muco-pus ; elle obstrue totalement la narine et occupe tout le champ du spéculum.

Du côté gauche, l'examen au spéculum montre une masse d'aspect bourgeonnant qui déborde le côté interne de la choane, mais ne l'obstrue pas.

La rhinoscopie postérieure est difficile, toutefois elle permet de voir que le rhino-pharynx est occupé par des masses bourgeonnantes : celles-ci sont dures au toucher.

La pression de la fosse canine droite est douloureuse, mais on ne perçoit ni on ne sent d'empâtement. Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire.

La diaphanoscopie permet de constater l'obscurité des sinus maxillaire et frontal du côté droit.

Le malade se plaint d'avoir de la céphalée permanente frontale, surtout à droite, depuis plus de trois mois. Il est pâle et amaigri, ce qu'on attribue aux hémorragies. On ne lui trouve aucune autre lésion somatique, mais on note cependant l'existence sur le côté gauche du cou de trois petites verrues très pigmentées de noir. Le malade dit qu'il les a « de naissance ».

Le 9 août : Ablation à droite d'un gros polype qui paraît, à un premier examen, être un polype simple ; mais un second fragment montre une coloration noirâtre que l'on prend d'abord

pour une infiltration hémorragique, puis que l'on considère comme un fragment de tumeur mélanique.

Le 12 août : L'abcès de la région du sac lacrymal est plus accentué ; il y a un gros œdème de la paupière inférieure droite. Le malade se plaint toujours d'hémicéphalée frontale et de diplopie.

Le 14 août : Depuis deux jours, le malade a de la fièvre : 39° le 13 au soir. On précise le diagnostic de néoplasme mélanique orbito-nasal avec envahissement sinusien.

L'examen du fond d'œil pratiqué par le docteur Hugot est négatif.

Intervention le 18 août 1915 (MM. Sargnon et Lannois).

Opération para-naso-latérale avec incision transversale sous-orbitaire sous anesthésie générale.

On fait d'abord un nettoyage des voies lacrymales, puis on curette le sinus maxillaire rempli de masses néoplastiques et d'un liquide d'aspect purulent.

On enlève ensuite la tumeur naso-ethmoïdale par le décollement digital et avec la pince de Luc qui ramènent d'énormes masses noirâtres truffées, avec des polypes d'aspect normal à la périphérie nasale. Tout l'ethmoïde a sauté jusqu'à la lame criblée, jusqu'à la région sphénoïdale. A ce niveau, entre le sphénoïde et la partie moyenne de la lame criblée, il y a une perforation osseuse.

Du côté de l'œil, la paroi est largement détruite. On constate alors que le néoplasme a envahi la muqueuse de la cloison à sa partie postérieure ; on résèque la cloison osseuse sur une grande étendue. A la fin de ce curettage, on voit sourdre du pus au niveau de la région rétro-frontale et on trouve à ce niveau une cellule ethmoïdale suppurée et fongueuse, ce qui fait penser à une sinusite frontale. Agrandissement de l'incision en haut ; trépanation du sinus frontal qui montre une muqueuse épaissie, fongueuse et un sinus de dimension moyenne plein de pus épais. On fait sauter la paroi antérieure du canal naso-frontal de sorte que le sinus frontal, le sinus maxillaire et la fosse nasale ne forment qu'une seule cavité.

Tamponnement de cette vaste cavité avec une petite mèche naso-frontale, une grosse mèche maxillo-nasale et une grosse mèche orbito-nasale. Suture de l'incision externe sans drainage.

Examen macroscopique : La tumeur polypoïdale de la grosseur d'une noix a un aspect noirâtre, caractéristique des tumeurs mé-

laniques ; les fragments osseux de l'ethmoïde, des os du nez ont cette même coloration.

Le 20 août 1915 : Suintement sanguin abondant, sans hémorragies vraies, mais température entre 39° et 39°5. Détamponnement complet et retamponnement plus lâche.

Les suites opératoires furent simples. *Le 1^{er} septembre*, on enlève une production polypeuse du toit de la fosse nasale. Le malade est envoyé à l'hôpital 17 bis de Fourvière, le 4 septembre, où il reste jusqu'au 8 octobre 1915, puis il entre à l'hôpital C. S. R. de Lyon jusqu'à sa réforme qui fut prononcée le 14 octobre.

Suites opératoires éloignées : *Le 6 février 1922*, nous apprenons que le malade est en excellente santé, marié et père d'une fillette. Il dit qu'il lui est arrivé de remarquer un peu de pus couler des narines après sa réforme « mais depuis ce temps, il n'a plus rien vu et se considère comme guéri ».

Examen microscopique fait en 1922 : *Angio-fibro-sarcome pseudo-mélanique du nez.*

Après examen de coupes faites par M. René Gaillard, M. Bouchut a bien voulu nous remettre la note suivante :

La tumeur est formée d'un tissu fibreux dense, pauvre en cellules interstitielles, creusé de larges cavités vasculaires, et présentant par places de véritables nappes d'infiltrations hémorragiques. Sur ce seul aspect, on dirait fibrome angiomateux.

Mais en certains points, la configuration devient tout à fait différente. On se trouve alors en présence d'un tissu formé d'un réticulum très grêle, infiltré de cellules confluentes. Il s'agit de cellules allongées fusiformes, qui par endroits se groupent en tourbillons. C'est l'aspect de la tumeur maligne du tissu fibreux, du sarcome vrai.

Il s'agit donc en somme d'une tumeur mixte, d'apparence bénigne en certains points, d'apparence maligne en d'autres et que l'on peut qualifier d'angio-fibro-sarcome..

Nulle part on ne voit de pigments mélaniques. Les zones noires, qui apparaissent à l'œil nu, sont dues à des infiltrations hémorragiques interstitielles.

Les deux observations qui précèdent montrent la nécessité de l'examen microscopique et l'impossibilité de porter le diagnostic de sarcome mélanique du nez en se basant simplement sur l'examen clinique.

§ I. — PRONOSTIC

« Le mélanosarcome paraît être le plus malin de tous les sarcomes », dit le professeur Lannois à propos de l'évolution des sarcomes des fosses nasales. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la gravité du mélanosarcome et Cozzolino a particulièrement insisté sur ce fait.

La mort est l'issue fatale du sarcome mélanique du nez et elle se produit d'autant plus rapidement que l'on n'intervient pas.

Malgré cela, les opinions sont partagées sur le fait de savoir si l'on doit ou non intervenir dans cette affection, et comme le dit Bonnet, « les opérateurs ont passé par des phases successives d'interventionnisme et d'abstention, suivant les caprices de l'évolution des tumeurs qu'ils observaient ».

En examinant les observations rapportées, l'on voit que l'évolution, fatale si l'on n'intervient pas, dure de 18 mois à 2 ans en moyenne (Cas de Citelli.) Au contraire, des guérisons prolongées et même paraissant définitives ont été observées après l'intervention; les cas de Lincoln, Heymann, Michael, Poli, Wilkinson, sont particulièrement instructifs à cet égard. Aussi il semble que l'on doit intervenir toutes les fois que la tumeur est encore localisée, mais toute opération sera contre-indiquée si la tumeur a déjà donné lieu à des métastases cutanées, ganglionnaires multiples ou organiques.

On a reproché à l'intervention, Cozzolino en particulier, de favoriser l'évolution et les généralisations rapides. L'observation que nous rapportons pourrait sembler confirmer

cette opinion, mais nous ferons remarquer qu'à la date de l'opération, il existait déjà un ganglion sous-maxillaire et une métastase sur la muqueuse du sinus sphénoïdal, et que, par conséquent, la maladie était déjà en train de se généraliser.

La mort se produira malgré l'intervention si l'ablation n'a pas été très large, et il ne faudra pas hésiter à faire des opérations complètes, même si elles sont très mutilantes, comme dans le cas de Wilkinson.

En résumé, le pronostic du sarcome mélanique du nez est très sombre; il est fatal si l'on n'intervient pas. L'intervention chirurgicale, quand elle est possible, l'améliore parfois, mais les récidives sont fréquentes.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement médical est inefficace. Nous signalerons une guérison momentanée d'un mélano-sarcome du nez par la radiumthérapie, qui a été publiée par Beck, en 1918, mais aucune communication ultérieure n'a été faite.

L'intervention chirurgicale étant indiquée comme nous venons de le voir au chapitre précédent, quelle conduite doit-on tenir en présence d'un cas de sarcome mélanique du nez ?

Quand les métastases existent, les contre-indications opératoires sont formelles. Il n'y a guère que dans le cas où il y aurait une métastase ganglionnaire unique, probablement par envahissement lymphatique, (ordinairement sous-maxillaire) que l'on serait autorisé à intervenir et à compléter l'intervention nasale par l'ablation du ganglion néoplasique. (Cas de Lannois, de Poli.)

Comme nous l'avons dit, il faut que l'opération soit précoce et complète, mais il y a des malades qui se pré-

sentent avec un mélando-sarcome du nez ayant déjà envahi les cavités voisines et que l'on est obligé d'opérer; il est évident que, dans ces cas, la résection du maxillaire supérieur est la seule opération rationnelle qui permet d'espérer une guérison.

Nous nous bornerons à exposer la conduite que l'on doit tenir en face d'un sarcome mélanique du nez à la période de début ou à la période d'état, quand l'envahissement des cavités voisines n'a pas encore eu lieu ou est peu avancé.

Après avoir employé la voie intranasale, la tumeur a été abordée tantôt par abaissement du nez, tantôt par relèvement des tissus mous, tantôt par rhinotomie latérale.

La voie intranasale, c'est-à-dire l'extraction par les voies naturelles, a été pratiquée par Heymann, Lincoln, Michael, mais il faut, pour que cette méthode soit indiquée, que la tumeur siège à la partie antérieure du nez, qu'elle soit bien limitée et que, par conséquent, l'intervention soit précoce. Dans ces cas exceptionnels, on pourra pratiquer l'ablation de la tumeur à l'anse froide ou à l'anse chaude et cautériser le siège d'implantation au galvanocautère.

Mais, nous ne saurions trop le répéter, cette voie est tout à fait exceptionnelle, et pourra très rarement être employée.

L'ostéotomie verticale et bilatérale d'Ollier consiste dans l'abaissement de l'auvent nasal. On incise la peau suivant la ligne d'implantation du nez, la partie inférieure est respectée. On rabat le nez autour des ailes des narines. Puis, on procède à l'ablation de la tumeur et on place dans le nez des mèches qui sortent par les narines. Le nez est ensuite remis en place et on suture la peau.

Cette voie d'accès donne une large ouverture sur les fosses nasales, mais elle a le grand inconvénient de laisser des cicatrices apparentes. Elle n'a été employée que dans un seul cas (Viennois).

La rhinotomie sous-labiale de Rouge qui consiste à relever le nez et à le rabattre sur le front n'a pas été non plus employée dans les tumeurs qui nous occupent. Elle ne donnerait, en effet, qu'un jour relatif et uniquement sur les sarcomes mélaniques de l'entrée des fosses nasales.

Parmi les voies latéro-nasales, la *méthode de Chassaignac* qui permet l'accès des fosses nasales par un volet se rabattant sur la joue aurait pu être utilisée, mais elle a été délaissée au profit des voies paralatéro-nasales, préconisées par J.-L. Faure pour l'étage inférieur du nez et par Moure pour l'étage ethmoïdal, que la plupart des spécialistes ont adoptées en combinant les deux procédés.

La voie paranasolatérale externe, suivant l'expression de Sebileau (*Société de Chirurgie de Paris*, 1920), permet d'avoir une vue très large sur toute la hauteur de la fosse nasale; sa technique est la suivante :

Le tamponnement préalable du rhinopharynx est nécessaire, on enlèvera le tampon à la fin de l'opération.

On commence par faire une incision cutanée verticale paranasolatérale s'étendant de l'extrémité interne du sourcil au lobule du nez. On décolle les parties molles et on met à nu l'os propre du nez, l'apophyse montante du maxillaire, la paroi antérieure du sinus, la masse ethmoïdale et l'épine nasale du frontal ; le sac lacrymal et le globe oculaire sont légèrement tirés en dehors et protégés par un écarteur.

Dans un deuxième temps, on fait sauter à la pince cou-

pante et à la gouge la branche montante du maxillaire, l'os unguis après avoir récliné le sac lacrymal, l'os propre du nez, une portion de l'os planum, ainsi que l'épine nasale du frontal et la cloison intersinus nasale. A ce moment, on peut enlever largement dans un seul volet la paroi externe muqueuse de la fosse nasale, sur toute l'étendue de laquelle on a ainsi un jour très suffisant.

On pourra alors procéder à l'ablation de la tumeur, dont on pourra suivre tous les prolongements, soit du côté de la cloison que l'on pourra réséquer totalement ou partiellement, soit du côté de l'orbite en attaquant l'os planum, soit dans le sinus frontal en prolongeant légèrement en haut l'incision cutanée, ou dans le sinus sphénoïdal qu'il est possible d'atteindre. Avant de faire cette ablation complète des ramifications néoplasiques, il sera bon de protéger la cavité crânienne en glissant parallèlement à la lame criblée de l'ethmoïde une gouge jusqu'à la rencontre du sphénoïde; on aura ainsi une sorte de protecteur qui permettra de détacher sans danger la tumeur et l'ethmoïde sous-jacents. On place des tampons dans les fosses nasales, qui seront retirés par les narines.

Dans un dernier temps, on rabat les parties molles et on suture. Quelques auteurs conseillent de suturer momentanément les paupières de l'œil correspondant pour éviter les troubles de la cornée.

Les suites opératoires sont généralement simples; on enlève le tampon au bout de 48 heures. La réunion de la plaie externe a lieu par première intention et il reste une cicatrice à peine visible.

Cette méthode paraît être le procédé de choix et elle est à peu près uniquement employée aujourd'hui dans les

tumeurs malignes des fosses nasales. Dans nos observations de sarcomes mélaniques, nous la retrouvons dans les cas de Bilancioni, de Lannois et Jacod qui l'ont employée pour des sarcomes mélaniques primitifs du nez et dans l'observation de MM. Dor, Sargnon et Vignard, dans un cas de mélano-sarcome du nez secondaire à un néoplasme de la gaine du nerf optique.

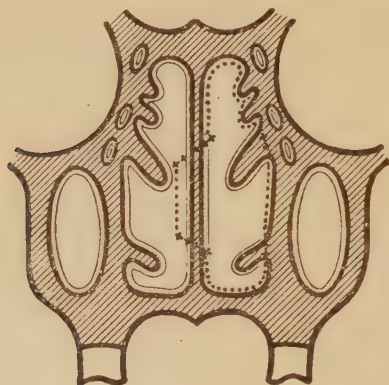
Cependant, cette méthode présente le grave défaut d'ouvrir la cavité nasale parfois en pleine tumeur et d'exposer à desensemencements locaux du sarcome mélanique. C'est pourquoi il nous semble préférable de ne pas inciser la muqueuse au voisinage du néoplasme, mais de chercher à enlever en bloc ce dernier comme on le fait dans les néoplasmes viscéraux par exclusion de l'organe.

Dans l'observation de Lannois et Jacod qui a été le point de départ de cette thèse, Jacod a réalisé cette exclusion de la façon suivante : nous pourrions appeler cette modification du nom d'*évidement intranasal*.

Après ablation des parois latérales osseuses, on enlève la cloison intersinusal nasale en la décollant de la muqueuse nasale et en sectionnant les insertions des cornets inférieur et moyen en dehors de cette muqueuse. Le décollement est continué sur le plancher en bas et en haut à travers l'éthmoïde jusqu'au plafond des fosses nasales. En partant du plancher, on peut décoller la muqueuse à la partie inférieure de la cloison comme pour une sous-muqueuse et enlever totalement ou partiellement la cloison si elle est envahie par la tumeur. Le décollement de la muqueuse est continué en haut et en arrière de façon à libérer la totalité de la muqueuse nasale, jusqu'aux choanes, sous forme d'un fourreau muqueux libre sur son pourtour.

Il reste à détacher en arrière et en avant ce fourreau muqueux. On sectionne circulairement la muqueuse, près de l'orifice choanal; on l'incise également en avant à l'union de la peau du vestibule narinaire et de la pituitaire.

De cette façon, la tumeur est enlevée en bloc avec la



FOSSES NASALES (D'APRÈS TESTUT ET JACOB)

Schéma de l'évidement intranasal (Jacod)

- Décollement de la muqueuse
- +++++ Section osseuse
- Muqueuse nasale

muqueuse, sans avoir eu à ouvrir cette dernière, ce qui réalise, comme nous l'avons dit, une sorte d'évidement intranasal.

Cette modification opératoire permet donc d'être constamment en tissu sain pendant toute la durée de l'intervention, ce qui est d'un intérêt considérable dans l'ablation des tumeurs malignes et surtout du sarcome méla-

nique du nez où les récidives sont excessivement rapides si l'ablation est incomplète. Elle pourra être appliquée toutes les fois que la tumeur sera localisée à la muqueuse nasale et n'aura pas encore envahi les cavités voisines.

Elle a été employée avec succès par Jacod trois fois dans d'autres sarcomes des fosses nasales, non mélaniques. Elle semble être un perfectionnement opératoire pour toutes les tumeurs malignes des fosses nasales.

CONCLUSIONS

I. — Le sarcome mélanique du nez : primitif, secondaire ou métastatique est une affection excessivement rare. Il se développe généralement à l'âge mûr.

II. — L'étude clinique montre que la symptomatologie est la même que celle du sarcome, mais les épistaxis sont plus fréquentes.

III. — Le diagnostic clinique n'est pas suffisant et l'examen histologique est toujours nécessaire avant de pouvoir affirmer l'existence d'un mélanosarcome.

IV. — Le pronostic est toujours très sombre; le sarcome mélanique du nez abandonné à lui-même aboutit fatalement à la mort, entre 1 an 1/2 et 2 ans, en moyenne.

V. — Le traitement consiste dans l'ablation large de la tumeur quand elle est localisée. La voie de choix paraît être la voie naso-latérale externe, l'opération intranasale étant ordinairement insuffisante.

Si la tumeur a envahi les régions voisines, la résection du maxillaire supérieur est la seule opération indiquée.

Lorsqu'il existe des métastases cutanées, ganglionnaires multiples ou organiques, toute intervention paraît contre-indiquée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LANNOIS.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 mars 1922.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
JEAN LEPINE

BIBLIOGRAPHIE

BECK. — *The Laryngoscope*, mars 1918.

BILANCIONI. — *Archivii Italiani di Laringologia*, 1921, fasc. I.

BONNET (P.). — La mélanose et les tumeurs mélaniques (*Thèse de Lyon*, 1911).

BOURGEOIS (P.). — Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales (*Thèse de Paris*, 1902).

CASATI. — *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1899.

CHRISTOPHLE. — La voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx (procédé de J.-L. Faure) (*Thèse de Paris*, 1903).

CITELLI. — Mélano-sarcome de la région ethmoïdale. (*X^e Congresso della Soc. Ital. di Laringol*, 1906).

CLAOUÉ et VANDENBOSSCHE. — *Chirurgie des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx, du larynx*, 1922.

COHN (W.). — *Über Sarkome der Nasenscheidewand* (I. D., Königsberg, 1896).

COZZOLINO. — Un cas de sarcome à cellules polymorphes de la cloison nasale simulant un mélano-sarcome (*Archivio Ital. di otol.*, 1893).

— Melanosarkom der Nasenschleimhaut mit Untersuchungen über die Entstehung des melanotischen Pigments (*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, Berlin, 1904).

- DELAMARRE. — Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales (*Thèse de Paris*, 1905).
- DRENKHahn. — Die königlichen Chirurg. Klinikum, etc... (*I. D. Berlin*, 1888).
- FERRERI. — *Congrès international de Londres*, 1913.
- GUDER. — Contribution à l'étude de quelques tumeurs rares des fosses nasales (*Thèse de Genève*, 1899).
- HEYMANn. — Melanosarkom der Nasenhöhle (*Naturforsch. Versamml.*, 1888).
- JACOB (L.). — Das Melanosarkom der Nase (*I. D. Leipzig*, 1900).
- KASSAPIAN (V.). — Le Sarcome mélanique de la choroïde, propagé au sac lacrymal et au canal nasal (*Thèse de Lyon*, 1907).
- KATZ. — *Handbuch der Speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege*.
- KRONER. — *Nederland Tijdschr. vor Geneesck*, 14 avril 1906.
- KUMMEL. — Die böesartigen Geschwülste der Nase (*Heymann's Handb. der Laryngol. und Rhinol. Bd. III*).
- LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez et du larynx, II, p. 29.
- LINCOLN. — A case of melanosarcoma of the nose (*New-York Med. Journ.*, 1885).
- LUCKE. — Geschwülste (*Handbuch Pitha Billroth*, 1894).
- MARTUSCELLI. — IX^e *Congreso della Soc. Ital. di Laring*.
- MOURE et BRINDEL. — *Maladies de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles*.
- NIEBERG. — Zur Statistik der melanotischen Geschwülste (*I. D. Würzburg*, 1882).
- PHILLIPS (W.). — *The Laryngoscope*, N^o 6, juin 1905.
- POLI. — *Atti del IX^e Congreso della Soc. Ital. Laring*.
- ROY. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1907, II, p. 621.

SARGNON, DOR et VIGNARD. — *Lyon Médical*, 1912, I, p. 1.453 et II, p. 891.

STRAUSS. — *Über Sarkom der Nase (I. D. Würzburg, 1897).*

VON STROHE. — *Über dem Sarkom der Nasenhöhle (I. D. Bonn, 1892).*

TESTUT. — *Anatomie descriptive*, I et III.

TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*, I.

VIENNOIS. — *Lyon Médical*, 1872, t. XI, p. 11.

WILKINSON. — *Société royale de Médecine de Londres, 1911.*

WOLFFHEIM. — *Mélano-sarcomatose généralisée ayant débuté par un sarcome du septum (Zeits. f. Laryngologie-Rhinologie, fév. 1922).*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
CHAPITRE I. — <i>Classification</i>	15
§ I. — Sarcomes mélaniques primitifs du nez.....	17
§ II. — Sarcomes mélaniques secondaires du nez.....	41
§ III. — Sarcomes mélaniques du nez d'origine métas- tatique	49
CHAPITRE II. — <i>Etiologie et pathogénie</i>	53
§ I. — Etiologie	53
§ II. — Pathogénie	56
CHAPITRE III. — <i>Symptomatologie</i>	59
§ I. — Période de début.....	59
§ II. — Période d'état	60
§ III. — Période d'envahissement, de métastases et de cachexie mélanique	62
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic et Pronostic</i>	67
§ I. — Diagnostic	67
§ II. — Pronostic	75
CHAPITRE V. — <i>Traitement</i>	77
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	87

LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

